

Année 1932

THÈSE

354^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par
ndel
A. FRON

né le 16 mai 1905 à PARIS

Applications gynécologiques
de la Vaccination régionale
par la porte d'entrée

(MÉTHODE DE POINCLoux)

Président : M^r le Professeur BEZANÇON

IMPRIMERIE MOUYSSSET

145 bis, Rue d'Alésia, 145 bis

PARIS

—
1932

354

THESE

UNIVERSITY OF MICHIGAN

Library

A. FROM

1884

Application des néo-sciences
de la vaccination régionale
par la porte d'entrée

THESE

1884

1884

UNIVERSITY OF MICHIGAN

Library

1884



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

A. FRON

né le 16 mai 1903 à PARIS

Applications gynécologiques de la Vaccination régionale par la porte d'entrée (MÉTHODE DE POINCLOUX)

Président : M^r le Professeur BEZANÇON

IMPRIMERIE MOUYSSSET

145 bis, Rue d'Alésia, 145 bis

PARIS

1932

1. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
	CARNOT.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé- phale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire.....	MULON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAIJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BROCO	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Pathologie médicale.
HUTINEL	Hygiène.
JOANNON	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtre.
LIAN	Pathologie médicale.
MULON	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	REITTERER	Histologie.
LEROUX ..	Anatomie pathologique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgic.
CHIRAY	— id. —	MOCQUOT	— id. —
DEBRÉ	— id. —	PROUST	— id. —
DUVOIR	— id. —	SCHWARTZ	— id. —
BASSET	Clinique chirurgic.	LE LORIER	— id. —
CHEVASSU	— id. —	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétric.
HEITZ-BOYER	— id. —	METZGER	— id. —

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLE -BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE, A MES SŒURS,

*Je dédie cette thèse qu'ils m'ont permis de réaliser, en
témoignage bien faible de mon immense affection et de
ma gratitude.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur F. BEZANÇON

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Membre de l'Académie de Médecine.

*qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de
cette thèse, j'adresse mes sentiments très respectueux de
reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur P. POINCLOUX

Ancien Chef de Laboratoire à l'Hôpital Beaujon,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Gonesse,

*qui a inspiré et orienté ce travail. Nous le prions d'agréer
ici l'expression de notre reconnaissance pour l'aide précieuse
et la bienveillance que nous avons toujours trouvées
auprès de lui.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux.

STAGE :

M. le Professeur Widal (in memoriam)	1925-1926
M. le Professeur Lejars	1926
M. le Professeur Couvelaire	1929

EXTERNAT :

M. le Docteur Robineau	1926-1927
M. le Docteur Claisse	1927-1928
M. le Docteur Grenet	1928-1929
M. le Docteur Sénèque	1929-1930
M. le Professeur agrégé Marion.....	1930-1931
M. le Professeur agrégé Basset	1931-1932

A Monsieur le Docteur CARDOT

Chirurgien de l'Hôpital de Gonesse

*en témoignage de ma très grande estime et de ma vive
reconnaissance.*

INTRODUCTION

Ce travail sur la vaccination régionale par la porte d'entrée, est rédigé à la fin de ma cinquième année d'Externat, passée dans le Service du Professeur agrégé Basset, à l'Hôpital Beaujon.

C'est, il y a deux ans, à l'hôpital de Gonesse, que j'ai été pour la première fois témoin des résultats remarquables obtenus par cette méthode.

Je garde au Docteur Cardot, chirurgien de cet hôpital, dont l'esprit est ouvert à toute nouveauté scientifique, une vive reconnaissance pour tout ce que j'ai pu apprendre durant les quelques semaines où j'ai travaillé dans son service.

Depuis ce moment, j'ai régulièrement suivi les travaux du Docteur Poincloux ; j'ai vu les résultats qu'il obtenait en divers domaines, et j'ai décidé de travailler une année dans le service du Professeur Basset où est née cette méthode.

C'est grâce à lui que j'ai pu aider le Docteur Poincloux à soigner les affections gynécologiques, tant dans les salles de malades qu'à la consultation.

Poincloux m'a initié à sa méthode de vaccination ; j'ai appris de lui ce qu'on pouvait en obtenir. Il m'a associé à ses recherches en cours, et m'a laissé entrevoir tout ce qu'il méditait de faire, car la vaccination régionale par la porte d'entrée, de valeur éprouvée dans l'infection gonococcique et coli-bacillaire, peut être appliquée avec succès à d'autres infections où la vaccination est jusqu'alors inactive. Quelques essais épars permettent de l'affirmer.

Il m'a initié aux recherches de laboratoire, et m'a prodigué son temps en explications toujours très claires.

Ses recherches, méthodiquement conduites, ne s'appuyant que sur des faits bien établis, sont pour moi un bel exemple de travail logique et consciencieux. Je dois beaucoup à la clarté de son

esprit et à sa bienveillance envers moi. Jamais je ne pourrai lui en exprimer une assez vive reconnaissance.

A tous ceux qui m'ont aidé, à ceux surtout que j'ose citer ici et qui ont tant fait pour ma formation intellectuelle, je dédie cette thèse.

Certain de l'exactitude du principe de la méthode de Poincloux, convaincu de son efficacité, j'essaierai de la situer nettement à côté des autres méthodes. Je m'efforcerai de persuader ceux qui me feront l'honneur de me lire, en relatant avec exactitude les résultats que nous avons obtenus.

Nous adopterons le plan suivant :

PREMIERE PARTIE

QU'EST-CE QUE LA VACCINATION REGIONALE PAR LA PORTE D'ENTREE?

- Ch. I^{er}. — Définition et historique de la vaccination régionale par la porte d'entrée (1).
- Ch. II. — Exposé des principes directeurs de la méthode.
- Ch. III. — La maladie vaccinale de porte d'entrée.
- Ch. IV. — Applications diverses de la méthode.
- Ch. V. — Situation de la V. R. P. E. par rapport aux autres méthodes de vaccination curative.

DEUXIEME PARTIE

EMPLOI DE LA V. R. P. E. EN GYNECOLOGIE

- Ch. I^{er}. — Diagnostic étiologique de l'infection : clinique, laboratoire, tests vaccinaux.
- Ch. II. — Les tissus sensibles de porte d'entrée.
- Ch. III. — Matériel et technique.
- Ch. IV. — Conduite du traitement.

(1) Nous désignerons, dans ce travail, la vaccination régionale par la porte d'entrée par les initiales V.R.P.E.

TROISIEME PARTIE

Observations.

QUATRIEME PARTIE

NOTIONS GENERALES RESULTANT DES ESSAIS DE TRAITEMENT
D'INFECTIONS GYNECOLOGIQUES PAR LA V.R.P.E.

Ch. I^{er}. — Notions étiologiques.

Ch. II. — Notions thérapeutiques.

Ch. III. — Notions et hypothèses concernant le mode d'action de
la V. R. P. E.

CONCLUSIONS

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE I

DEFINITION ET HISTORIQUE DE LA V. R. P. E.

Définition. — La *V. R. P. E.*, méthode de Poincloux, consiste à faire emprunter à un vaccin monomicrobien la voie que suit généralement le virus pour pénétrer dans l'économie.

C'est en cela que c'est une vaccination par la *porte d'entrée*.

C'est d'autre part une vaccination *régionale*, car l'action bien-faisante se fait sentir non seulement au niveau de la porte d'entrée, si elle est le siège de lésions, mais *dans toutes les régions de l'organisme* où le microbe a pu se *localiser, en vertu de ses affinités*.

Pour appliquer correctement cette méthode, il suffit donc :

- 1° *D'identifier le microbe en cause ;*
- 2° *D'en avoir un bon vaccin quelconque ;*
- 3° *De connaître le tissu par lequel ce microbe a pénétré ou aurait pu pénétrer dans l'économie.*
- 4° *D'y injecter le vaccin correspondant.*

Le tissu que le microbe traverse en général le premier avant de se diriger vers ses localisations habituelles est pour certains microbes connu et accessible, pour d'autres plus ou moins bien précisé ou difficile à atteindre.

Historique. — C'est en soignant une bartholinite gonococcique chez une femme atteinte de métrite que Poincloux, en mars

1927, observa pour la première fois l'action *régionale* de la vaccination mise en œuvre.

Nous tenons à insister sur ce fait que Poincloux, en 1926 et jusqu'à cette date, se basant sur les remarquables travaux de Besredka, traitait ses malades avec le but de les vacciner localement ; la seule originalité de son travail résidait à ce moment dans le fait qu'il injectait par piqûre des vaccins microbiens chauffés, au lieu d'appliquer en surface les filtrats de Besredka. C'est dire qu'il traita cette bartholinite par injection de vaccin gonococcique dans la paroi de la glande après avoir évacué le pus par ponction.

Ce faisant, le huitième jour, deux faits attirèrent son attention :

1° Non seulement la bartholinite était cliniquement presque guérie, mais encore *la métrite s'était nettement améliorée*.

2° L'injection de vaccin gonococcique en ce point, avait provoqué une réaction générale intense, semblable à celle qu'il avait vu se produire souvent après injection du même vaccin dans le col utérin. Cela contrastait avec l'insignifiance des réactions et des améliorations consécutives à l'introduction du même vaccin aux mêmes doses dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Il fit alors l'hypothèse suivante :

Dans les phénomènes déclanchés par l'injection d'un vaccin, un lien existe entre :

Ces phénomènes;

L'espèce utilisée à l'état vaccinal ;

Le point par où l'on fait pénétrer le vaccin dans l'organisme.

A partir de ce jour, toutes ses recherches ont été dirigées en vue de la vérification de cette hypothèse, qui pouvait être valable non seulement pour le gonocoque, mais pour tout autre microbe. Chez la femme, il put ainsi s'assurer que, au niveau de la vulve, la muqueuse n'était pas partout aussi sensible au vaccin. Le tissu le plus sensible se trouve être la muqueuse de l'urètre, porte d'entrée avérée de l'infection gonococcique chez l'homme et jouant un rôle important chez la femme.

La muqueuse des glandes de Bartholin, celle du col utérin, sont sensibles aussi et réagissent souvent à l'injection de vaccin gonococcique. Il a cherché, pour quelques autres microbes, quel pouvait être le tissu dans lequel le vaccin correspondant injecté serait capable de provoquer une réaction franche ; ce faisant, il a pu constater que les réactions vaccinales, toujours semblables à elles-mêmes pour la même infection, variaient au contraire nettement avec les diverses infections, quand les vaccins étaient injectés en bonne place (tissus sensibles de porte d'entrée).

Il a vu que, dans ces conditions, les vaccins déterminent une vraie maladie qu'il appelle *Maladie Vaccinale de porte d'entrée*, que cette maladie est générale, que les effets salutaires le sont aussi, et que par suite, la vaccination par la porte d'entrée diffère de la vaccination locale de Besredka.

L'application de la méthode en gynécologie nécessitant, comme pour toute autre infection la connaissance exacte du germe responsable, il s'est efforcé d'étudier les microbes en cause par la clinique et les examens de laboratoire : frottis de glaires métriques, frottis de pus prélevé au cours de salpingectomies, cultures des uns et des autres.

Il a pu montrer ainsi qu'à côté du gonocoque, rencontré dans la majorité des cas, le *bactérium coli* tenait une bonne deuxième place dans l'étiologie des infections gynécologiques qui s'offraient à lui au pavillon Bilgrain, à l'hôpital Necker-Enfants Malades.

Voilà pourquoi c'est à l'infection blennorragique d'une part, à l'infection colibacillaire d'autre part, que Poincloux s'est surtout adressé pour étudier sa méthode de vaccination curative.

Pour ces deux infections, il était facile de mettre en évidence les tissus porte d'entrée sensibles au vaccin. Il s'est rapidement rendu compte que : la muqueuse de l'urèthre et la muqueuse du rectum sont respectivement à l'infection gonococcique et à l'infection colibacillaire *ce que la peau est à l'infection charbonneuse* (travaux de Pasteur et de Besredka), c'est-à-dire les tissus sensibles de porte d'entrée des maladies correspondantes les plus aptes, voire mêmes les seuls capables de conférer et la maladie, et l'im-

munité, cette dernière étant non pas locale, mais générale ou mieux, régionale.

Nous avons été, récemment encore, témoin du traitement de plusieurs arthrites gonococciques, trois arthrites du poignet, deux arthrites du genou, lesquelles, de l'avis de chirurgiens expérimentés, comportaient un pronostic fonctionnel très grave.

La V. R. P. E., dans tous les cas, sauf un, a calmé dès la première ou la seconde injection le processus inflammatoire et enrayé la progression des dégâts.

Dans trois de ces cinq cas pris au début, elle a permis d'obtenir une *restitutio ad integrum* rapide. (Obs. 7-13-20.)

Les résultats obtenus par l'emploi de cette méthode dans l'infection typhique (une observation en partie inédite), dans l'infection staphylococcique (abcès du sein notamment) (1), dans le traitement des otites, dans un cas inédit d'abcès du poulmon, ont confirmé l'exactitude du principe dont Poincloux était parti.

Mais c'est en gynécologie que les documents, sinon les plus frappants, du moins les plus nombreux, ont été recueillis.

Des centaines de malades ont été soignées par Poincloux. Pour notre propre compte, nous en avons suivi et traité plus de cent : nous avons donc pu nous faire une opinion personnelle. Nous avons d'autre part lu les communications de différents auteurs sur les méthodes actuelles de traitement non sanglant en gynécologie, et aussi sur le traitement des arthrites blennorragiques. Nous avons médité les conclusions de l'article de Mondor sur le traitement des arthrites gonococciques (2). C'est pourquoi nous croyons utile de dire :

I. Vis-à-vis des infections gynécologiques, et vis-à-vis des arthrites gonococciques, la vaccination régionale par la porte d'entrée a, selon nous, une supériorité incontestable sur les autres méthodes médicales de traitement.

(1) Basset. — *Bull. Soc. de Chir.*, t. LIII, n° 34, 14 décembre 1927.

(2) Mondor. — *Paris-Médical*, Juillet 1931, n° 28.

Calmant très souvent d'emblée le processus inflammatoire, elle permet en général d'obtenir en quelques jours le refroidissement de poussées de salpingite intenses.

Elle améliore presque toujours les métrites. Elle les guérit parfois à elle seule.

Elle donne la possibilité de filloser, sans réactivation anxielle, la métrite de femmes qui, peu de temps auparavant, étaient atteintes de salpingites même aiguës et fébriles.

Elle restreint considérablement les indications des castrations.

Elle permet d'opérer dans les conditions les meilleures les ovarites suppurées qui surtout lui résistent.

Elle permet de guérir complètement, en s'aidant d'une simple ponction évacuatrice, les bartholinites.

Elle triomphe assez rapidement des vulvites gonococciques des petites filles.

II. *Dans l'étroit domaine de la gynécologie, la V. R. P. E. s'érige en une méthode, puisqu'elle s'adresse non seulement aux infections gonococciques, mais aussi aux infections colibacillaires et staphylococciques : ce n'est donc pas seulement une recette empirique valable contre l'infection gonococcique.*

Ce sont précisément les résultats acquis en gynécologie que nous avons choisis comme sujet de notre thèse.

Un certain nombre de travaux ont d'ailleurs déjà été faits sur la V. R. P. E., qui sont à l'avantage de cette méthode, tant en gynécologie qu'en ce qui concerne son emploi contre les arthrites blennorragiques.

Les uns furent inspirés par Poincloux :

Thèses de Copé, de Mayer, d'Arloing.

Les autres furent poursuivis en dehors de lui :

Thèse de Bonnet (Service du Pr. Ag. Brûlé, à Paris).

Thèse de Traissac (Clinique du Pr. Guyot, à Bordeaux).

Article de Crainicianu et Pavelescu (Clinique du Pr. C. Daniel, à Bucarest) (1).

(1) *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique.* — Janvier, 1931.

Communication du Dr Ricou (Médecin de l'Hôpital Grall, Saïgon). (1)

Des chirurgiens et médecins éminents utilisent cette méthode et certains publient leurs résultats :

Desplas, Lian, Milhit, E. Naggjar (Le Caire), Rigaud, Schwartz, de Sèze, etc.

Malgré cela, nous ne pensons pas faire double emploi en exposant quelques idées recueillies et les résultats obtenus à la source même de cette méthode, car elle constitue une arme nouvelle et puissante : il importe qu'elle ne soit pas négligée...

Appliquée correctement, elle est souvent très efficace, toujours utile, jamais nuisible, et c'est pourquoi nous ne sommes pas d'accord avec G. Daniel qui, « Vu les réactions bruyantes enregistrées, croit légitime d'en limiter l'emploi aux cas graves et rebelles » (2).

Bien des salpingites même non spécialement graves ou rebelles peuvent être guéries ou très améliorées en 15 jours à 1 mois que ni le repos ni la glace, ni même un vaccin quelconque injecté par voie sous cutanée ne peuvent atténuer suffisamment en deux mois pour que les femmes qui en sont atteintes cessent d'être des « *infirmes du bas ventre* ».

Bien des castrations chez de telles femmes ou dans des cas plus bruyants peuvent être évitées par l'emploi de la vaccination régionale par la porte d'entrée.

(1) Dr Ricou. — *Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*. — Section de Saïgon, 16 Janvier 1931. — R. M. P., Mars 1932, p. 2516.

(2) *Immuno-Chirurgie*. — G. Daniel, p. 292. Maloine, Editeur.

CHAPITRE II

EXPOSE DES PRINCIPES DIRECTEURS DE LA METHODE DE VACCINATION REGIONALE PAR LA PORTE D'ENTREE

Le grand principe de la V. R. P. E. est que, pour améliorer l'action (nous avons actuellement en vue l'action curative) d'un vaccin quelconque, il faut :

Non pas multiplier les modes de préparation du vaccin;

Non pas s'adresser à un vaccin multimicrobien compliqué;

Mais injecter un bon vaccin spécifique banal, monomicrobien, dans le tissu même qui a servi, ou qui sert généralement au microbe pour pénétrer dans l'économie.

Le revêtement épithélial du corps (peau, muqueuses buccale, nasale, pharyngée, intestinale, génitale, etc...) peut être considéré comme formé de tissus dont les cellules en contact avec le monde extérieur sont plus ou moins bien armées en vue de la lutte contre les différentes infections. Cette aptitude à la lutte contre les virus pourrait être tenue, selon Poincloux, comme aussi nettement différenciée que le sont d'autres propriétés plus apparentes de ces mêmes tissus telles que : le tact, le goût, l'odorat, la digestion, etc.

En raison même des moyens de défense des tissus de surface, moyens qui sont variables selon le point envisagé et le moment de la vie du sujet, les microbes ne peuvent triompher des résistances organiques qu'au niveau de ceux de ces tissus qui sont habituellement ou occasionnellement inaptes à les tenir en respect.

Or, pour engendrer une maladie atténuée, le vaccin doit suivre la même voie qu'a été obligé de suivre le microbe vivant lui-même pour triompher des résistances organiques. C'est dire qu'il ne faut pas toujours injecter le vaccin sous la peau. Certes la voie sous cutanée a le mérite d'être la voie d'introduction la plus simple, la plus pratique. Elle est d'ailleurs parfois utilisable en cas de vaccination préventive, car alors on a du temps devant soi: nous reviendrons plus loin sur cette question (p. 26). Nous savons par contre qu'elle est le plus souvent peu nettement efficace pour combattre les infections virulentes déjà développées. *Bien plus, même à titre préventif, la vaccination peut, en cas de maladie tuant à tout coup, n'avoir de valeur protectrice qu'à condition d'être faite par le tissu sensible de porte d'entrée.*

C'est ainsi que contre l'infection charbonneuse des petits animaux de laboratoire, qui tue pour ainsi dire toujours en deux à trois jours l'animal atteint, seule la vaccination par voie cutanée (Besredka) est capable de conférer l'immunité, ce qui est le corollaire de ce fait que la peau est aussi chez ces mêmes animaux la voie d'infection de beaucoup la plus perméable. Besredka a montré en effet que la voie cutanée est la moins bien défendue contre la bactériémie charbonneuse. Cette belle découverte ayant jeté une lumière nouvelle sur les phénomènes d'immunité, il importe que nous la résumions dans ce travail, puisque la V. R. P. E. vérifie tout son bien-fondé.

Voici, rapidement résumée, l'histoire de la vaccination anti-charbonneuse :

Pour vacciner les animaux domestiques contre le charbon qui décimait les troupeaux, Pasteur injectait, à travers la peau, dans l'hypoderme, avec une aiguille assez forte, une culture atténuée de bactériémie charbonneuse. Cette vaccination sous-cutanée anti-charbonneuse de Pasteur était active vis-à-vis des gros animaux, mais échouait sur les petits animaux de laboratoire (cobaye et lapin).

C'est à Besredka que revient le mérite d'avoir pu vacciner le cobaye contre le charbon (1921).

Il y parvint en appliquant à la surface de la peau préalablement irritée par un rasoir, un tampon imbibé de vaccin, ou mieux encore par une injection intra-dermique de vaccin (1).

Il montra aussi que la peau est de beaucoup le tissu le plus apte à laisser germer le charbon et à provoquer par suite la septicémie charbonneuse. (Expériences de Baltéano, de Vallée.)

Chez le lapin, la génisse, une culture virulente de bactériidie charbonneuse introduite sous la peau, dans les veines, ou dans le péritoine, *la peau elle-même étant soigneusement préservée du contact infectant*, ne confère pas la maladie alors qu'une dose cinq fois moins forte inoculée dans la peau tue régulièrement.

Il montra de même que, si on insère du vaccin sous la peau, dans les veines, dans le péritoine, *les mêmes précautions étant prises pour éviter le contact entre la peau et le vaccin*, ce vaccin ne confère pas l'immunité.

La peau est donc bien pour le charbon le tissu hypersensible le plus capable de servir de porte d'entrée et dans lequel *il faut* mettre le vaccin pour conférer l'immunité.

Et si les grands animaux étaient immunisés par la vaccination sous cutanée de Pasteur, c'est, selon nous, parce qu'une partie du vaccin refluant par le trajet de l'aiguille, entrant en conflit avec les cellules de la peau que cette aiguille avait blessées.

Les résultats meilleurs, l'immunité plus durable que procure la cutivaccination des animaux domestiques contre le charbon est une preuve en faveur de notre opinion.

De tout ceci, nous pouvons donc conclure que *la vaccination anti-charbonneuse réalisée par Pasteur à Pouilly-le-Fort le 5 mai 1881, qui est à l'origine de toutes les vaccinations actuelles, est une vaccination régionale par tissu sensible.*

Une autre affection mortelle, pour laquelle la vaccination sous-cutanée préventive est active, est la rage.

Or, là aussi, nous pouvons dire que si la vaccination sous cutanée est active, c'est que cette voie coïncide avec le tissu sensible de porte d'entrée : qu'il s'agisse d'inoculation par morsure ou de

(1) Besredka. — Immunisation locale, p. 30.

vaccination par voie sous cutanée, le virus rabique pathogène ou vaccinal entre en rapport avec les fibres nerveuses, unique tissu pour lequel il a de l'affinité.

Il y a tout lieu de croire qu'en sectionnant *toutes* les connexions nerveuses de la racine de la patte d'un chien, on ne pourrait pas provoquer la rage par inoculation dans le bout de cette patte, ni vacciner l'animal avec succès par cette voie.

Cette notion de l'importance des tissus porte d'entrée au point de vue de l'infection et de l'immunité, bien mise en évidence par Besredka chez les animaux pour le charbon et la dysenterie, semble donc être une notion capitale en matière d'immunité, puisque pour les infections mortelles telles que le charbon, c'est seulement en offrant le vaccin directement à ces tissus que l'on peut protéger contre la maladie mortelle.

Venons-en maintenant à l'infection gonococcique.

Vis à vis de la peau et du tissu cellulaire sous cutané, le gonocoque jouit d'une affinité nulle ou très faible; en effet, une culture de gonocoques vivants, injectée sous la peau, ne donne lieu qu'à une réaction locale insignifiante, à tel point que Loeser, de Berlin, utilise des émulsions de tels gonocoques en place de vaccin pour traiter la gonococcie chronique de la femme (1).

D'autre part, les vaccins gonococciques *banaux* injectés sous la peau, ne donnent pas de résultats bien démonstratifs. Si beaucoup de praticiens les emploient malgré tout, c'est en somme sans grande conviction ; en tous cas, des auteurs dignes de foi signalent l'impuissance du vaccin gonococcique en un domaine qui, *a priori*, lui semblerait tout dévolu : les arthrites gonococciques.

M. Mondor exprime, au sujet de son action, un doute des plus philosophiques (2).

M. Ravaut le condamne nettement, pour vanter la sérothérapie intra-veineuse, que M. Mondor invalide d'ailleurs, ce qui n'amoindrit pas les incertitudes.

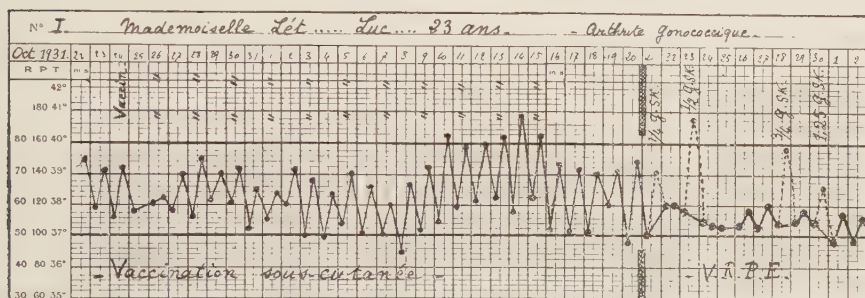
(1) A. Loeser. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1929, p. 603.

(2) Mondor. — *Paris Médical*, Juillet 1931, n° 28.

Coopermann (de Philadelphie) publie une statistique importante d'arthrites gonococciques, et dit avoir abandonné, pour nullité, toute vaccinothérapie antigonococcique.

Mlle de Larnage, dans sa thèse (1), ne signale aussi que des échecs de la vaccination antigonococcique hypodermique par vaccins banaux en gynécologie.

Le fait semble avéré : la vaccination antigonococcique curative par voie sous cutanée est peu efficace, au moins quand elle est pratiquée avec des vaccins ordinaires. Nous écartons à dessein de ce jugement les lysats-vaccins qui seraient plus actifs, mais font intervenir une donnée différente dans le problème.



Cette inefficacité nous paraît très explicable ; ce qui même serait surprenant, ce serait de constater l'utilité manifeste de la vaccination sous cutanée antigonococcique curative. En effet, la sensibilité principale au gonocoque étant dévolue avant tout aux cellules de la muqueuse urétrale, la vaccinothérapie contre le gonocoque sera la plus utile en injectant le vaccin dans cette muqueuse, s'il est vrai que l'injection intra-cutanée est la mieux apte à prémunir contre le charbon les moutons, les chevaux et les bovidés, LA SEULE CAPABLE quand il s'agit des lapins et des cobayes .

Pour ce qui est de l'infection par le bacterium coli, nous ne pouvons pas poursuivre de façon aussi rigoureuse des analogies entre l'infection et l'immunité par et contre ce germe d'une part, l'infection et l'immunité par et contre la bactériodie charbonneuse

(1) Antivirusthérapie en gynécologie. — Thèse Paris. 1931.

d'autre part. Il y avait déjà loin de ce germe, toujours mortel pour l'animal (sur lequel nous raisonnions) au gonocoque souvent pathogène, presque jamais mortel pour l'homme. Mais la distance est plus grande encore entre le charbon expérimental et la colibacillose humaine. Le *bacterium coli* est parasite obligatoire. La muqueuse des colons est normalement imperméable à cette bactérie. Quand elle devient pathogène, la muqueuse des colons, de résistante, devient fragile et sert alors de porte d'entrée.

Quoi qu'il en soit de ces différences, le fait est que, chez un colibacillaire, l'injection sous cutanée de vaccin correspondant reste inopérante et que l'injection dans la muqueuse du rectum (faisant partie du groupe tissulaire de porte d'entrée) est souvent aussi efficace que les principes permettent de l'attendre.



Notre thèse, par ses observations, montrera quels beaux résultats thérapeutiques peuvent être obtenus en clinique humaine par l'emploi d'une méthode dont les principes directeurs, mis en évidence par Poincloux en 1927-1928 au cours de recherches « clinico-expérimentales » sont, pour certains, identiques à ceux mis en lumière par Besredka à propos du charbon du lapin et du cobaye : méthode dont les principes trouvent un appui rétrospectif inattendu jusque dans la vaccination anticharbonneuse de Pasteur et jusque dans la vaccination antirabique, lesquelles, répétons-le, *étaient des vaccinations par tissus sensibles de porte d'entrée*.

Mais ici se présentent à l'esprit deux objections :

Ces appuis que nous prétendons trouver, ils sont tirés de vaccinations *préventives*, et la méthode de vaccination régionale par la porte d'entrée n'a, jusqu'à présent du moins, reçu que des applications curatives. Le mécanisme de ces deux sortes de vaccination est-il bien le même ?

Par ailleurs, d'autres vaccinations, préventives également (choléra des poules, fièvre typhoïde, etc.) ont été réalisées de façon très salubre *par voie sous cutanée* sans qu'on puisse prétendre que justement la peau ou l'hypoderme soient dans ces cas les tissus sen-

sibles à l'infection. Comment expliquer l'efficacité de ces vaccinations sous cutanées en tissu insensible et non de porte d'entrée ?

1. A la première objection, le bon sens répond que le mécanisme biologique créant l'état réfractaire par injection d'un vaccin *avant l'infection* doit être de même nature que celui qui vient en aide à l'organisme *déjà infecté en un ou plusieurs points*, quand on injecte le vaccin dans un tissu apte à réagir. Sans doute des différences intimes importantes doivent-elles exister, mais il serait choquant pour l'esprit de découvrir que l'essentiel dans les deux phénomènes n'est pas identique.

2. Quant au développement de l'immunité après injection de vaccins par voie sous cutanée en tissu manifestement peu sensible et non de porte d'entrée, elle peut s'expliquer par l'existence d'un biotropisme qui finit par assurer la rencontre entre une partie plus ou moins faible des germes injectés et les tissus qui leur sont sensibles.

Cette affinité élective des germes pour certains tissus peut atteindre une valeur élevée, qui a été décelée par de nombreux expérimentateurs. Borrel (1) eut le premier l'idée qu'un tropisme attirait puissamment certains germes vers les épithéliums. Il créa le terme d'« épithéliose ». Lipschütz (en 1908) et Menze (1920) envisagèrent aussi cette propriété de certains virus. Levaditi et ses collaborateurs élargit et précisa beaucoup ces notions (2).

Besredka, étudiant la destinée du bacille dysentérique introduit dans le sang des animaux montra qu'il n'y restait point, et se rendait dans le tissu qui lui est le plus sensible :

« Les bacilles dysentériques, introduits dans le sang, ne se laissent pas essaimer uniformément dans les viscères. Quoique entraînés dans le torrent circulatoire, ils viennent se réfugier dans l'organe de leur choix, et s'ils se dirigent si obstinément vers la muqueuse intestinale, c'est qu'ils doivent subir de la part des cellules de l'intestin une attraction plus forte que celle qui pourrait leur venir d'autres cellules.

(1) Borrel. — *Ann. Inst. Pasteur* 1903, t. XVII, p. 99.
Bull. Inst. Pasteur 1907, t. V, p. 497.

(2) Levaditi. — *Les Ectodermoses neurotropes*. — Masson, 1925.

« Où cette affinité est particulièrement frappante, c'est lors de l'inoculation sous la peau. Ne voyons-nous pas des bacilles dysentériques venir rejoindre leurs cellules réceptives, en dépit de toutes sortes d'obstacles, sans parler déjà de la distance qui sépare la peau de l'intestin ?

« Tous n'y arrivent pas ; beaucoup s'égarent en cours de route, mais les plus vigoureux vont droit à la vésicule biliaire, et à la paroi de l'intestin grêle...

« ...On ne trouve jamais de bacilles de Shiga ni dans le sang ni dans les urines (1).

« ...Lorsque on injecte à l'animal des bacilles dysentériques morts, fut-ce même sous la peau, c'est-à-dire lorsque on essaie de vacciner l'animal, c'est encore l'intestin qui supporte l'effet de l'attraction que cet organe exerce vis-à-vis de ces bacilles. C'est à la quantité d'endotoxine parvenant ainsi jusqu'au tissu réceptif, c'est-à-dire jusqu'à l'intestin, que se mesure l'action bienfaisante du vaccin (2). »

Ces faits éclairent le mécanisme de l'action de certaines vaccinations sous-cutanées favorables, quoique ni la peau ni l'hypoderme ne soient tissus sensibles de porte d'entrée. *En cas de vaccination préventive*, l'organisme étant au repos, à l'état de paix si l'on peut dire, une partie des microbes injectés échappant à la destruction phagocytaire, peut, comme le montrent les expériences des auteurs précédents, atteindre les tissus sensibles qui sont tous intacts, et y développer la réaction immunisante.

En cas de vaccination curative, le même phénomène doit se réaliser; mais d'une part la phagocytose, généralement excitée par la maladie du sujet, doit détruire une portion beaucoup plus importante du vaccin injecté dans l'hypoderme et d'autre part, ceux des tissus sensibles qui sont malades ne sont sans doute pas aussi aptes à réagir aux rares éléments de vaccins qui finissent par les atteindre que dans le cas de vaccinothérapie préventive.

(1) Immunisation locale, p. 128.

(2) Immunisation locale, p. 144.

Tels sont les principes généraux sur lesquels se fonde la vaccination régionale par la porte d'entrée. On peut les résumer en rappelant que rien ne peut être obtenu de bon si l'on n'imité pas la nature, et en remarquant que vacciner par la porte d'entrée, c'est précisément imiter la nature.

Pour vacciner, il faut engendrer des réactions qui sont l'image réduite de la maladie vraie; et il faut que ces réactions diminuent au fur et à mesure que progresse la vaccinothérapie.

Nous allons voir maintenant que la vaccination régionale par la porte d'entrée satisfait à ce double desideratum : elle engendre des réactions caractéristiques, de véritables petites maladies, spécifiques du vaccin employé et des tissus sensibles où on les injecte. Ces réactions s'atténuent, quand le sujet réagit bien, au fur et à mesure qu'on répète les injections de vaccin.

CHAPITRE III

LA MALADIE VACCINALE CURATIVE DE PORTE D'ENTREE

Pour provoquer ce que Poincloux appelle la maladie vaccinale curative de porte d'entrée, il suffit d'injecter un bon vaccin monomicrobien banal dans le tissu de porte d'entrée qui lui correspond.

Nous rappelons que la maladie vaccinale spécifique ne se déclanchera que si sont respectées les trois conditions suivantes :

- Sensibilisation de l'organisme vis-à-vis du vaccin microbien par le microbe pathogène,
- Spécificité du vaccin,
- Spécificité du tissu d'injection.

Cette maladie vaccinale sera d'autant plus franche que :

1° L'organisme sera mieux sensibilisé par l'infection.

2° Que parmi les tissu sensibles, le tissu où sera injecté le vaccin sera le plus sensible, celui de porte d'entrée.

3° Que la dose injectée sera plus forte, et le vaccin plus antigénique.

1° *Sensibilisation de l'organisme.*

C'est là une condition indispensable pour obtenir la maladie vaccinale.

Nous pouvons affirmer, au moins pour l'infection blennorragique, que chez un sujet dont l'organisme n'a jamais été en contact avec le gonocoque, c'est-à-dire n'est pas sensibilisé, une première injection de vaccin gonococcique par la porte d'entrée ne donne qu'une réaction insignifiante.

2° *La maladie vaccinale sera plus franche quand l'injection sera faite dans le tissu le plus sensible, celui de porte d'entrée.*

Par tissu sensible, nous entendons tout tissu de surface, qui attaqué par des microbes virulents, pourra se laisser envahir par l'infection et servir de point de départ à sa généralisation. Pour une infection donnée, ces tissus sensibles, qui peuvent être multiples, ne se défendent pas tous aussi mal contre elle. Celui d'entre eux qui se défend le moins bien est précisément la porte d'entrée habituelle de l'infection. C'est à son niveau que le vaccin injecté aura l'action la plus favorable.

Pour le gonocoque, dont les tissus électifs de surface sont peu nombreux et nettement délimités, le vaccin devra être injecté avec l'exactitude la plus grande possible au niveau de ces tissus sensibles, être porté d'emblée au contact des cellules réceptives: une erreur même minime qui le porterait *près* de ces tissus et *non à leur contact* supprimerait les bons effets qu'on peut en attendre: le vaccin serait alors repris par la circulation et n'aurait pas plus d'action que s'il était injecté par voie sous-cutanée: pour l'infection gonococcique, si éclectique au point de vue tissulaire, le lien qui existe entre les effets produits par le vaccin et les points d'injection est très étroit: dans la muqueuse urétrale, ce vaccin engendre des réactions et des effets vifs, constants, salutaires: à peu de millimètres au delà de cette muqueuse, les effets deviennent identiques à ceux que détermine la vaccination par voie sous-cutanée.

3° *Rapport entre la dose de vaccin et l'intensité de la maladie vaccinale.*

Il suffit d'une dose très faible de vaccin spécifique injectée dans le tissu de porte d'entrée, chez un sujet sensibilisé, pour provoquer la maladie vaccinale.

En ce qui concerne le vaccin gonococcique, dont la dose d'attaque *habituelle* est de un quart de centimètre cube, *le centième de centimètre cube, s'il est injecté exactement dans le tissu de porte d'entrée, peut encore provoquer une réaction générale et focale très nette.*

Cependant, ces doses excessivement réduites, difficiles à porter au contact des tissus sensibles, ne donnent lieu, souvent, qu'à une maladie vaccinale atténuée, dont les effets favorables nous ont paru inconstants. Nous devons même signaler que, chez quelques

malades ainsi soignées, nous avons assisté à une sorte d'activation du processus inflammatoire qui nous a surpris, d'autant plus qu'ultérieurement, ces malades ont résisté de façon singulière à la poursuite du traitement.

Il y a donc, croyons-nous, intérêt à attaquer la maladie avec des doses provoquant une maladie vaccinale franche.

**

*Caractères généraux de la maladie vaccinale curative
de porte d'entrée*

La maladie vaccinale curative de porte d'entrée produite par un vaccin déterminé est toujours semblable à elle-même, en ce sens qu'elle a une durée d'incubation, des signes d'invasion et de période d'état, et une évolution sensiblement constants. Cependant, elle peut présenter des formes cliniques assez nombreuses selon les sujets, et surtout, chez un même sujet, la maladie vaccinale varie avec le nombre des réactions vaccinales déjà provoquées et avec la dose de vaccin employé.

Nous allons décrire la maladie vaccinale de porte d'entrée typique d'après ce que nous ont appris les réactions vaccinales dues aux injections de vaccins gonococcique ou colibacillaire par la porte d'entrée.

Incubation. — La maladie vaccinale a une incubation silencieuse de durée constante et spécifique (une demi-heure pour le vaccin gonococcique, une heure et demie à deux heures pour le vaccin colibacillaire).

L'invasion est souvent brutale, lorsque la maladie vaccinale évoluera franchement. Elle débute toujours par des symptômes subjectifs, malaises à forme de courbatures, céphalalgie, souvent frisson solennel.

Période d'état. — Assez rapidement, la période d'état est atteinte, pendant laquelle s'affirmeront les caractères spécifiques de cette maladie vaccinale.

En effet, à côté de la réaction générale (température plus ou moins élevées, malaises, céphalée), le malade accuse toujours des troubles dans la région pathologique du microbe contre lequel

on lutte. Ces troubles sont surtout subjectifs, gastro-intestinaux pour le vaccin colibacillaire (douleurs intestinales à type de coliques, ballonnement ou diarrhée, nausées ou vomissements), pelviens ou articulaires en cas de vaccination gonococcique.

Mais il s'agit parfois de lésions objectives, arthrite vaccinale fugitive en cas de vaccination gonococcique, pouvant frapper une articulation dont le patient n'avait jamais souffert.

En outre, à côté de ces deux réactions générale et régionale, la réaction focale est toujours nette, se surajoutant aux symptômes subjectifs et objectifs de la localisation infectieuse traitée. La région malade devient plus sensible; elle est le siège de sensations habituellement sourdes, parfois aiguës et pénibles : s'il s'agit d'une articulation, on peut quelquefois noter une rougeur, un oedème, une tuméfaction plus nets : en tous cas, les malades éprouvent des sensations plus ou moins obscures qui les avertissent qu'il se passe quelque chose dans les articulations malades; s'il s'agit d'une métrite, les pertes pourront être plus abondantes au moment de la réaction ; s'il s'agit d'une salpingite, le toucher vaginal fera parfois sentir une trompe plus douloureuse, plus volumineuse.

Cette réaction focale peut être considérée comme l'un des facteurs principaux dans l'évaluation du pronostic. Plus elle est nette, plus grand sera le bénéfice acquis durant cette maladie vaccinale.

Ces troubles persistent pendant la *période d'état* dont la durée varie avec le vaccin considéré (5 à 6 heures pour le vaccin gonococcique, 36 heures à 2 ou 3 jours pour le vaccin colibacillaire, une vingtaine d'heures pour le vaccin staphylococcique).

Terminaison. — Les troubles s'atténuent plus ou moins vite; la température descend brusquement quand il s'agit de vaccination gonococcique, en lysis pour la vaccination colibacillaire. Souvent, le malade s'endort pour plusieurs heures.

Une fois la réaction terminée, une amélioration qui est presque toujours nette quand il s'agissait de processus inflammatoires intenses, est accusée par le patient.

Cette amélioration porte sur les signes généraux (la température, le sommeil), sur les signes fonctionnels (les douleurs en particulier), et sur les signes physiques. Quant à la zone de tissu sensible dans laquelle ont été injectés les corps microbiens, *elle n'est le siège d'aucune réaction locale.*

Nous insistons tout particulièrement sur ce fait, car il contraste avec les réactions au point d'injection en cas de vaccination par voie sous-cutanée. *Au niveau du tissu de porte d'entrée, il semble que les corps microbiens du vaccin soient protégés contre l'attaque des leucocytes,* de même que les microbes virulents ont pu, en s'attaquant à ce tissu, échapper à l'action destructive des globules blancs.

Evolution de la maladie vaccinale au fur et à mesure de la poursuite du traitement.

L'intensité des réactions vaccinales s'atténue normalement au cours du traitement. En ce qui concerne la vaccination gonococcique par la porte d'entrée, les trois premières injections provoquent une maladie franche, typique, parmi lesquelles la seconde s'accompagne de l'élévation thermique maxima.

Les suivantes, malgré la dose plus forte injectée, sont toujours beaucoup moins pénibles. La réaction générale, la température sont moins marquées. Souvent, la maladie vaccinale ne se traduit que par la réaction focale qui persiste plus longtemps.

Cette atténuation, souvent des plus nettes, des réactions vaccinales est sans aucun doute un bon argument en faveur de la V. R. P. E.

Cependant, il n'est pas rare que la température s'élève après plusieurs piqûres encore très haut : il n'y a pas d'atténuation sensible de l'hyperthermie. Or, même dans ces cas, il y a, malgré tout, une atténuation nette, en ce sens que ces réactions encore fortes succèdent à des doses de vaccin beaucoup plus élevées que les doses de début. De plus, la maladie vaccinale est subjectivement moins intense et beaucoup moins longue. Les cas où la température d'une part, la réaction générale de l'autre, s'atténuent peu sont incontestablement les cas qui bénéficieront le moins de la vaccination. Ils correspondent à des malades qui s'immunisent mal, quelle que soit la signification exacte de ce mot. Au surplus, disons

tout de suite qu'il faut, chez de tels malades, *savoir persévérer*, puisque l'atténuation si souhaitable de la maladie vaccinale peut très bien survenir à la longue, quand on a su conduire le traitement avec énergie.

Il est une forme clinique de maladie vaccinale de porte d'entrée sur laquelle il importe d'attirer tout spécialement l'attention, c'est :

La maladie vaccinale curative de porte d'entrée sans hyperthermie.

Certains malades notoirement infectés et correctement traités, font une maladie vaccinale spécifique nette, sans élévation de température supérieure à 8 ou 9 dixièmes de degré. L'incubation de la maladie comporte la même durée, l'invasion se fait normalement, la réaction générale est faible, les réactions focale et régionale sont souvent des plus nettes, mais la température ne s'élève pas comme il est habituel de l'enregistrer. *Et cependant, le bénéfice retiré par le malade au cours d'une telle maladie vaccinale presque apyrétique n'est aucunement diminué.*

Cette forme clinique apyrétique nous autorise à soutenir que la température soit un épiphénomène dans la maladie vaccinale curative de porte d'entrée. Nous l'avons rencontrée plusieurs fois et nous donnerons entr'autres deux observations (Observations n° 24 et n° 43) de malades ayant indéniablement bénéficié de la V. R. P. E. sans que la température ait dépassé 38°. Cette forme clinique apyrétique a été rencontrée par tous les auteurs qui ont soigné un nombre suffisant de malades. (Traissac, de Sèze, Ricou, Cardot, etc.).

Telle est la maladie vaccinale curative de porte d'entrée. Nous devons à la vérité de dire que parfois elle est pénible, en particulier à la suite des deux premières injections de vaccin gonococcique par la porte d'entrée. Mais les bénéfices recueillis par les patients sont habituellement si nets que cela les encourage à persévérer. Nous ajouterons qu'au moment de la mise au point de la technique, des réactions anormalement violentes, intenses, se sont

quelquefois produites, mais que jamais nous n'avons eu le moindre accident, pas plus que les nombreux médecins et chirurgiens qui ont voulu vérifier la valeur curative de cette méthode de vaccination.

En se conformant à nos indications, tout praticien peut donc l'appliquer sans aucune arrière-pensée; nous ne nous en abstenons que chez les sujets atteints de maladie de cœur mal compensée, ou de tuberculose pulmonaire. Un des incidents enregistrés consiste parfois en éruption d'herpès périlabial à la suite d'hyperthermie supérieure à 40°.

L'ingestion de un gramme d'aspirine au moment de l'injection du vaccin pourrait peut-être, sans inconvénient, atténuer sensiblement ce que la maladie vaccinale doit de plus désagréable à la température élevée.

CHAPITRE IV

APPLICATIONS DIVERSES DE LA METHODE DE VACCINATION REGIONALE PAR LA PORTE D'ENTREE

Cette méthode générale peut s'appliquer très simplement à toute infection dont la porte d'entrée est connue et accessible, infections charbonneuse, gonococcique, colibacillaire par exemple.

Pour certains microbes, la difficulté peut venir de ce fait que la porte d'entrée est *inconnue* ou *variable*, ou *difficilement accessible*.

A) *Inconnue ou variable*. — Dans l'infection staphylococcique, par exemple, la porte d'entrée semble être variable.

Certaines localisations cutanées ont été soignées par Poincloux par la voie rectale, qui seule a permis d'obtenir une maladie vaccinale caractéristique et la guérison de Staphylococcies anciennes.

D'autres ont été soignées par voie nasale (pyorrhée alvéolo-dentaire), naso-pharyngée (otites).

Dans les abcès du sein, toujours staphylococciques, la porte d'entrée est mamelonnaire. La V. R. P. E. a donné des succès (1).

B) *Difficilement accessible*. — C'est le cas de la typhoïde (par ex.).

La porte d'entrée est intestinale. Le vaccin devrait être mis sous la muqueuse de l'intestin grêle.

Poincloux crut longtemps, *a priori*, que le vaccin injecté par cette voie pourrait avoir une action curative.

(1) Basset. — *Bull. Soc. Chir.*, t. LIII, 14 décembre 1927.

Or, il y a trois ans, un chirurgien au courant de ses travaux, ayant à opérer à la trentième heure, dans des conditions cliniques déplorables, une enfant atteinte de perforation intestinale, demanda à Poincloux de faire une tentative de V. R. P. E. au cours de la laparatomie. Il injecta un quart de centimètre cube de vaccin T. A. B. dans la muqueuse de la partie supérieure de l'iléon, afin de demander l'effort immunisant à un tissu sensible dans une partie relativement saine.

Le lendemain, la température vespérale était à 37°4, le surlendemain à 37°2 et l'enfant guérit par la suite dans des circonstances étonnantes pour ceux qui connaissent les suites normales d'une opération pratiquée aussi tardivement dans un cas d'une gravité exceptionnelle.

Nous avons tenu à faire allusion à cette observation unique Intéressante par elle-même, sa valeur intrinsèque n'apparaîtra que lorsque de nouveaux cas auront été soumis au même traitement.

Par delà l'intérêt particulier de ce cas d'infection Eberthienne grave, dont la guérison doit raisonnablement être attribuée à la vaccination régionale par la porte d'entrée, son rapprochement d'autres essais entrepris par Poincloux dans divers domaines (abcès du poumon, pyorrhée alvélo-dentaire notamment), confirme que les principes généraux de la méthode soient justes et autorise à espérer qu'elle soit susceptible de nombreuses applications.

CHAPITRE V

SITUATION DE LA V. R. P. E. PAR RAPPORT AUX AUTRES METHODES DE VACCINATION CURATIVE

Ce n'est pas dans ce chapitre que nous nous proposons de soutenir que la V. R. P. E. soit supérieure aux autres méthodes de vaccination curative : seules d'ailleurs, les observations et les vérifications nombreuses pourront répondre à une telle question, mais ce qui nous semble intéressant, c'est de situer cette méthode à côté de ses aînées au point de vue théorique.

Vaccination par voie hypodermique, vaccination suivant les principes de Besredka, vaccination régionale par la porte d'entrée, telles sont les méthodes en présence.

I

VACCINATION CURATIVE PAR VOIE HYPODERMIQUE

Cette méthode prit pratiquement naissance au début du siècle à la suite des travaux de Wright sur les opsonines; la V. R. P. E. ne lui doit pas autre chose que le désir d'obtenir mieux que ce qu'elle peut donner.

Wright se trouvait en présence de deux théories principales concernant l'immunité : l'une, théorie cellulaire, soutenue par Metchnikoff, attribuait à la phagocytose par macrophages et microphages tous les phénomènes d'immunité; l'autre, théorie physico-chimique, défendue par les Allemands, dévoluait aux seules humeurs le pouvoir bactéricide qui assure la défense organique contre les microbes.

Wright montra que si la phagocytose peut, à la rigueur, s'exercer spontanément (comme Bordet l'avait prouvé en 1895, *in vitro*) par les leucocytes purs par exemple, contre les vibrions cholériques, les streptocoques, etc., *elle est facilitée par des sérums frais d'animaux normaux*. Il attribua cette augmentation du pouvoir phagocytaire à une substance du sérum qu'il appela opsonine (opsono : je prépare pour l'alimentation).

L'existence de cette substance avait d'ailleurs été mise en évidence bien avant Wright par Denys et Leclef, dès 1885, sur des lapins vaccinés contre le streptocoque, par Mennes et Sawtchenko en ce qui concerne le pneumocoque et le spirille de la fièvre récurrente. Mais il appartenait à l'auteur anglais de préciser et d'amplifier cette notion restée obscure et d'en tirer des conséquences pratiques.

Wright montra en effet que, sous l'influence d'injections de vaccin microbien, le sérum des animaux, doué naturellement, nous venons de le voir, d'un certain pouvoir opsonisant, acquérait des propriétés nouvelles se traduisant par un accroissement plus ou moins considérable et plus ou moins rapide de ce pouvoir. Ces modifications étaient faciles à mettre en évidence *in vitro*. C'est ainsi que Wright décela la « *phase négative* », correspondant à une baisse transitoire du pouvoir opsonique qui suit la première injection d'un vaccin et précède l'établissement de la *phase positive*, phase positive que les vaccinations ultérieures renforcent pour peu qu'elles soient faites à doses prudemment croissantes.

Les travaux de Wright avaient, entre autres grands mérites, celui de mettre au point une technique assez simple permettant de déceler les variations des opsonines et de déterminer « *l'indice opsonique* » du sérum d'un animal en cours de vaccination en le comparant à un sérum normal. Cette technique montrait clairement, *in vitro*, l'englobement des microbes par les leucocytes, en présence de sérums pourvus d'opsonines et l'absence de phagocytose ou la phagocytose bien moins intense en présence de sérums normaux. Ces travaux exercèrent une grande séduction sur l'esprit. Ils bénéficiaient d'ailleurs des recherches si intéressantes de Metchnikoff. Ils aboutissaient à proposer de lutter, avec vraisemblance de succès, contre les maladies microbiennes par injections

de vaccins (corps microbiens tués par la chaleur et convenablement dilués). Tous les espoirs que les travaux de vaccination préventive de Pasteur avaient fait naître se réveillèrent et d'innombrables tentatives de vaccination préventive ou curative, par voie sous-cutanée, furent faites dans les vingt premières années du siècle.

Peu à peu la vérité se fit jour : les injections de vaccins chauffés sous la peau des patients, étaient presque toujours incapables, quelle que fût la maladie considérée, d'exercer une influence *curative nette, franche, rapide, régulière, spécifique*.

La phagocytose, favorisée par ce genre de vaccination (et stimulable par l'injection sous-cutanée de produits non microbiens, albumines étrangères, peptone, lait, substances colloïdales, etc...) nous apparaît, en conséquence comme un processus de défense organique jouant, certes, son rôle dans la lutte contre les maladies, mais à titre de moyen général et n'ayant pas ou peu de part dans la genèse de l'immunité spécifique proprement dite.

Il est même permis de se demander, quand on voit l'efficacité indéniable de certaines vaccinations *préventives* faites avec vaccins banaux par voie sous-cutanée, contrastant avec l'impuissance des mêmes vaccins injectés par les mêmes voies avec un but *curateur*, il est permis de se demander si la possibilité d'une phagocytose anormalement intense existant dans ce dernier cas, du fait même de la maladie qu'on désire enrayer, *n'est pas précisément l'obstacle qui empêche d'agir le vaccin injecté*. Poincloux suppose qu'il doit être détruit plus ou moins complètement avant d'avoir pu toucher les cellules des tissus sensibles, que nous savons maintenant être capables, et seuls capables, d'organiser la maladie vaccinale spécifique d'où les défenses sortent accrues.

Quoi qu'il en soit de notre façon de voir, le fait est que la vaccination sous-cutanée a déçu beaucoup de cliniciens. On chercha à la rendre plus efficace en changeant le mode de préparation des vaccins. L'atténuation des souches pathogènes fut demandée à des agents physiques et chimiques divers. Pour le seul vaccin gonococcique, de très nombreuses préparations furent vantées. La tech-

nique de Loezer, de Berlin, qui emploie des émulsions de cultures vivantes fraîches de gonocoques, et s'en déclare satisfait comme d'un très bon vaccin, conduit à regretter tant d'ingéniosité dépensée en vain.

Les autovaccins ont été essayés, pas toujours avec plus de succès que les stocks-vaccins.

Les vaccinothérapeutes se sont exercés d'autre part à varier la composition des produits qu'ils prônent, en sorte qu'on en est arrivé à injecter, sous la peau des malades, des bouillons étranges, des émulsions étonnamment polymicrobiennes, et ceci pour lutter contre des infections dont le *primum movens* est à coup sûr monomicrobien.

La vaccinothérapie, par voie sous-cutanée, a perdu ainsi, et c'est légitime, toute prétention à une action spécifique.

Mais il faut signaler ici, en y insistant, une voie nouvelle où se sont engagés les chercheurs qui ne renoncent pas à découvrir des vaccins qui vaccinent, même en les injectant sous la peau. C'est qu'en effet, certains sont parvenus, dans cette voie nouvelle, à des résultats thérapeutiques meilleurs, dont nous ne voulons pour preuve, par exemple, que ceux annoncés par Duchon dans le service de M. le Professeur Bezançon. *Il s'agit des vaccins qui contiennent des microbes lysés*, soit exclusivement, soit en même temps que les microbes non lysés. *Corpora non agunt nisi soluta*. En fait, les microbes dissous vaccinent mieux, disent leurs zélateurs, que les microbes à l'état solide. Nous sommes tentés d'attribuer cette supériorité au fait que, grâce à l'état soluble, le produit vaccinant doit échapper à la phagocytose que nous ne sommes dès lors, pas loin de considérer jusqu'à un certain point comme un obstacle à l'immunité, et non comme unique processus de cet état, ainsi que le soutenait Metchnikoff, ou comme processus habituel, ainsi que le comprenait Wright. La critique théorique que l'on peut faire à l'injection sous-cutanée de ces lysats microbiens, dans le cas où serait juste notre interprétation de leur action salutaire (à savoir leur venue au contact des tissus sensibles facilitée par leur état soluble), c'est qu'ils subissent une dilution extrême

une fois qu'ils sont repris par les humeurs et que doit être bien faible la part qui atteint le but essentiel : les tissus sensibles. Cette critique vise donc, non les lysats vaccins, mais leur voie d'introduction dans l'organisme qui a l'avantage de la commodité, mais n'est sans doute pas la plus efficace.

Pour préparer ces vaccins, la lyse des microbes a été demandée à l'intervention d'agents aussi divers que leur atténuation l'avait été pour la préparation des vaccins ordinaires : produits chimiques (soude), autolyse par vieillissement des cultures, action du bacille pyocyanique, de bactéries du genre *leptothrix*, action d'un principe invisible, le bactériophage. Il en résulte toujours, en définitive, la dissolution du microbe en cause. Pour certains des lysats obtenus, leurs auteurs font intervenir une interprétation particulière : Besredka pense qu'il y a, dans les filtrats des bouillons où il fait cultiver à refus des microbes, un principe nouveau qu'il appelle *Antivirus*, autre que les produits de lyse microbienne, et c'est à ce principe qu'il attribue le pouvoir vaccinant. D'Hérelle, lui non plus, ne prend pas garde que les produits qu'on utilise à son instigation en thérapeutique sont des lysats-vaccins, et c'est au seul bactériophage qui s'y trouve en même temps qu'il attribue le pouvoir curateur.

Peut-être les opinions de ces auteurs sont-elles en partie exactes; *il est du moins indéniable que les anti-virus et les bactériophages du commerce sont, il ne faut pas l'oublier, des lysats vaccins dont l'action bienfaisante peut, au moins en partie, s'expliquer comme celle des autres lysats-vaccins sans que l'adjonction soit nécessaire d'un facteur nouveau et plus ou moins inconnu, dans un problème déjà fort obscur.*

**

En résumé, la vaccination *curative* par voie sous-cutanée n'a pas réalisé les espoirs fondés sur elle au début du siècle. Une preuve excellente, quoiqu'indirecte, de cette assertion réside dans la multiplication extrême des vaccins offerts aux praticiens. *La vaccination par voie sous-cutanée doit agir presque exclusivement en*

stimulant la phagocytose, ce qui est un processus de défense organique aveugle et non spécifique, d'ailleurs excitable par des produits non microbiens, tels que le lait, la peptone, la poudre de tapioca, les substances colloïdales, etc... Sans doute est-ce la faible part des corps microbiens injectés par voie sous-cutanée qui, échappant à la destruction phagocytaire totale, finit par atteindre les tissus sensibles (seuls capables d'organiser une réaction immunisante spécifique) sans doute est-ce cette part qui est capable, trop peu et trop rarement, d'engendrer les bons effets que certains cliniciens observent parfois. Sans doute aussi, la même explication vaut-elle pour faire comprendre l'efficacité de certaines vaccinations préventives entreprises par cette voie sous-cutanée : la destruction phagocytaire du vaccin injecté sous la peau doit en effet être bien moins intense chez le sujet sain, à leucocytose normale, que chez le malade, à polynucléose intense et agressive.

Sans doute enfin l'action supérieure des lysats-vaccins injectés par la voie hypodermique reconnaît-elle la même raison : l'état soluble doit mettre la substance vaccinante à l'abri de la destruction phagocytaire, processus aveugle de défense organique préjudiciable au développement de l'immunité, laquelle ne peut prendre naissance que dans les tissus sensibles.

La V. R. P. E. ne soutient, dans ses principes, aucun rapport avec la vaccination par voie sous-cutanée, sauf quand la peau ou certains éléments de l'hypoderme, étant tissus sensibles (charbon, rage), les deux méthodes se superposent.

II

VACCINATION LOCALE PAR ANTIVIRUSTHÉRAPIE DE BESREDKA

I. Dans un premier groupe de travaux que nous avons examinés plus haut (voir Ch. II), Besredka reprend les expériences de Pasteur sur la vaccination anti-charbonneuse et s'efforce de vacciner contre cette infection les petits animaux de laboratoire. Il y arrive, à condition de porter le vaccin *dans* la peau et non *sous* la peau.

En 1921, il imprime : « Le vaccin porté dans le péritoine, sous la peau, *sans effraction de la peau*, ne vaccine pas. »

« Le vaccin porté *dans* la peau, vaccine. »

Besredka édifie sur cette base sa méthode d'immunisation locale.

Certes, la peau est bien, au moins chez le lapin et le cobaye, le seul tissu capable de conférer l'immunité contre l'infection charbonneuse. Mais *cette immunité n'est pas locale, elle est générale*, comme le prouvent les résultats de la vaccination anti-charbonneuse des animaux domestiques, résultats bons avec la méthode pastoriennne qui, sans viser la peau, la blesse néanmoins; résultats nettement meilleurs avec l'intra-dermo-vaccination de Besredka qui elle, offre tout le vaccin injecté au derme lui-même, tissu hypersensible, donc hyperimmunisant.

Nous le croyons donc. la première partie des travaux de Besredka faite sur le charbon, et qui sert de base à ce que cet auteur appelle *l'Immunité locale* concerne en réalité l'immunité générale obtenue par tissus sensibles. Besredka a pensé qu'il s'agissait d'immunité locale, parce que chez le cobaye et le lapin, la peau est presque seule sensible. Mais c'est là un hasard expérimental conduisant à une conclusion qui nous paraît abusive: l'immunité anti-charbonneuse est générale, non locale.

2° Dans un deuxième groupe de travaux, Besredka, voulant appliquer sa belle découverte à la pathologie humaine, s'attaque aux infections staphylococcique et streptococcique.

Au cours de ses recherches, il met en évidence l'existence de la propriété anti-virus des vieilles cultures. Il suppose qu'elle soit due à une substance spéciale, qu'il appelle « Antivirus ». Eten-dant ce terme de la partie au tout, il baptise « Antivirus » les vieilles cultures filtrées.

Ces antiviruses, appliqués localement, sur des lésions, y engendrent souvent, c'est incontestable, des résultats thérapeutiques remarquables.

Mais il ne s'agit là que d'effet thérapeutique local, n'ayant rien de comparable à l'immunité générale conférée par l'action du vaccin charbonneux injecté dans la peau.

Voici d'ailleurs ce que dit Besredka :

« Appliqués en pansements, c'est-à-dire à même les tissus infectés, ces cultures filtrées vaccinent les cellules saines avoisinantes, circonscrivent le foyer, refroidissent en quelque sorte le processus inflammatoire. De plus, elles ont cet avantage qui est d'agir d'une façon spécifique sur les cellules et sur les microbes » (1).

Ailleurs, Besredka insiste sur ce fait que les anti-virus n'agissent que localement et ne donnent pas naissance à une immunité générale (2).

Il y a donc deux temps dans les travaux de Besredka sur l'immunisation :

1° Les recherches de vaccinothérapie préventive anti-charbonneuse dont la conclusion *réelle* nous paraît devoir être : la meilleure *immunité générale* contre le charbon s'obtient en vaccinant les animaux par leur tissu le plus sensible, c'est-à-dire par la peau.

Besredka, parce qu'il ne voyait plus que le charbon des lapins et des cobayes, *dont la peau est pratiquement le seul tissu sensible*, conclut de ses travaux que l'immunité mise en évidence par ses expériences était une *immunité locale*.

2° De cette conclusion, que nous pensons être en contradiction avec les faits, Besredka est passé à l'étude de l'infection des lapins et des cobayes, au niveau de la peau, par des microbes, les staphylocoques et streptocoques dont le pouvoir pathogène pour ces espèces animales n'est en rien comparable à celui de la bactérie charbonneuse.

Cela lui permet :

a) De faire des essais d'immunisation d'abord préventive, puis curative.

b) De prévoir une application en pathologie humaine où ces germes sont si fréquents.

Il observa ainsi que l'infection de la peau de ces animaux par

(1) Immunisation locale, p. 119.

(2) Immunisation locale, p. 92.

staphylocoques et streptocoques pouvait être prévenue ou combattue par des applications cutanées de vaccins correspondants.

Mais, dans ce groupe de recherches, un facteur nouveau était introduit : *la peau n'est pas tissu hypersensible ni pour le staphylocoque, ni pour le streptocoque, et, par cette voie d'introduction, ces germes n'engendrent pas chez les animaux une maladie grave. Il s'agissait de lésions locales, de traitements locaux, d'améliorations locales ; et comme la conclusion des premiers travaux avait été, à tort, selon nous, immunité anticharbonneuse locale, la conclusion générale fut donc : Vaccination locale.*

C'est sous ce patronyme que les travaux de Besredka se sont lancés dans le monde et y ont couru une carrière étendue.

Mais, nous l'avons signalé en passant, au cours de cette deuxième période de recherches, Besredka s'était aperçu que les cultures de staphylocoques et de streptocoques dont il se servait pour faire des applications sur la peau des animaux, y produisaient une action favorable même après filtration, *notamment quand ces cultures étaient anciennes et s'étaient « vaccinées »* contre le microbe qu'elles contenaient. Besredka attribua cette propriété nouvelle des vieilles cultures au développement dans leur sein d'un principe nouveau qu'il appela *Antivirus*.

Dès lors, ce produit retient une grande partie de son attention ; on fabrique des antivirus contre plusieurs espèces microbiennes ; on les applique sur les lésions malades au nom des principes de vaccination locale dont nous avons vu la genèse. Les praticiens font, ou croient faire, de la vaccination locale. Cependant Besredka renonce de plus en plus à ce patronyme et appelle maintenant sa méthode l'Antivirusthérapie (1).

Quels rapports existent entre la V. R. P. E. et cet ensemble de travaux ?

En 1926, Poincloux, sachant qu'une immunité locale (Immunité locale de la cornée), peut exister puisqu'il a travaillé plusieurs années sur les virus filtrants chez le Professeur Levaditi, adopte

(1) Besredka. — *Antivirusthérapie*, 1 vol., Paris. Masson, 1930.

sans critique la notion d'immunité locale de Besredka, et entreprend le traitement des métrites par cette méthode. *Mais il n'emploie pas d'antivirus : il injecte par piqûres des vaccins microbiens chauffés au lieu de faire des pansements d'antivirus loco dolenti. De ce schisme initial devait sortir sa méthode tout entière.*

En 1928, il s'est convaincu de ce fait que, dans les phénomènes qui suivent l'injection d'un vaccin, un lien existe, quant aux effets engendrés entre :

Ces effets, le point par où l'on fait pénétrer le vaccin dans l'organisme et l'espèce utilisée à l'état vaccinal.

Les vérifications ultérieures ont prouvé l'exactitude de ce principe.

En sorte que, par des voies différentes, en expérimentant sur l'homme avec des gonocoques et des colibacilles. Poincloux est conduit aux résultats mêmes de l'expérience princeps de Besredka : Pour vacciner, il faut offrir le vaccin au tissu sensible et le tissu sensible le plus éminent est presque toujours, en pathologie humaine, le tissu porte d'entrée.

Mais la vaccinothérapie que fait Poincloux n'a rien de locale : elle n'emploie pas d'antivirus (ce qui est devenu presque l'essentiel dans la méthode de Besredka) : elle ne porte pas les vaccins loco dolenti, et même, autant que faire se peut, les offre à des tissus sensibles de porte d'entrée sains : elle donne ses effets de manière générale (réaction) et régionale (certains signes des réactions et les effets favorables sont localisés à la région pathologique du microbe en cause). Elle prouve, par l'identité même de son principe essentiel avec celui découlant des expériences de Besredka sur le charbon, que les conclusions de cet auteur sont entachées d'une erreur d'interprétation : l'immunisation obtenue par insertion de vaccin dans les tissus sensibles, ceux de porte d'entrée notamment, n'est pas locale, mais générale, régionale plutôt, comme le dit Poincloux (puisque l'infection par un germe satisfait les affinités qu'a ce germe pour certains organes à l'exclusion plus ou moins franche d'autres parties de l'individu).

Donc, identité du principe directeur (1); à partir de ce moment, divergence en tous points : interprétation spéciale (immunité locale) de Besredka; autre interprétation (immunité générale à manifestation surtout régionale) de Poincloux; orientation spéciale (antivirusthérapie) de Besredka, au point de vue du choix des vaccins; orientation non spéciale (vaccins banaux) de Poincloux, au même point de vue; voies d'application de ces vaccins différentes : antivirusthérapie *loco dolenti* pour Besredka, injection du vaccin en tissu sensible de porte d'entrée, autant que possible sain, pour Poincloux.

Tels sont, succinctement résumés, les points de contact et de divergence de ces deux méthodes.

En fait, et mise à part la valeur des antivirus dont ni Poincloux ni moi-même n'avons l'expérience, l'application de ce que l'on appelle couramment la méthode d'immunisation locale de Besredka place parfois le médecin, sans qu'il s'en rende compte, dans l'attitude de celui qui veut faire de la V. R. P. E. Cela arrive dans les cas où la lésion que le praticien veut soigner coïncide avec un tissu sensible de porte d'entrée. *Dans ces cas*, comme Mlle de Larnage en rapporte dans sa thèse (2), *si l'antivirus utilisé est efficace, il ne nous paraît pas possible que l'effet favorable enregistré se borne aux lésions traitées localement. Il faut en outre qu'il y ait une action heureuse plus lointaine, car la vaccination locale ne paraît pas exister à l'état pur en dehors de l'exemple cité plus haut : celui de l'immunisation d'une cornée de lapin (contre des virus kératogènes) à l'exclusion de sa congénère.* Et en effet, outre la bonne action locale sur des métrites traitées par pansements cervicaux à l'antivirus gonococcique de Mlle Bass, Mlle de Larnage signale quelques heureux résultats à distance sur des arthrites et des salpingites (1). *C'est qu'en traitant ces métrites par antivirusthérapie locale, elle fait de la vaccination régionale par la porte*

(1) Principe directeur (pour vacciner, il faut passer par le tissu où peut germer l'infection) qui ne guidait pas Poincloux au début de ses recherches, puisque ce n'est qu'après deux ans de travail qu'il y fut conduit.

(2) Antivirusthérapie en gynécologie. — Thèse, Paris, 1931.

d'entrée sans le savoir. Et l'on peut dire que si, d'une part, Besredka n'avait pas eu l'attention absorbée par cette propriété des vieilles cultures qu'il attribue aux antiviruses et si, d'autre part, ses travaux n'avaient pas été appliqués par des praticiens ne connaissant de ses recherches que le mot : immunité locale, il aurait été amené à une méthode de vaccinothérapie semblable à celle de Poincloux.

DEUXIEME PARTIE

APPLICATION DE LA METHODE

DE VACCINATION REGIONALE PAR LA PORTE D'ENTREE

Les infections gynécologiques sont causées par des microbes variés.

La méthode de Poincloux consistant à mettre le vaccin spécifique au contact du tissu sensible de porte d'entrée, il est indispensable, pour l'appliquer, de connaître le germe responsable de l'infection à traiter, et le tissu par lequel il a envahi l'organisme.

Or, comme nous le verrons, les germes réellement capables de provoquer une métrite, une périmétrite, une annexite, une bartholinite, paraissent être assez peu nombreux (mises à part les infections du post-partum et du post-abortionum).

Il est bien entendu que nous ne nous occupons ici que des infections gynécologiques non tuberculeuses. Pour rares que soient ces dernières dans leurs formes annexielles pures, elles sont cependant intéressantes par les problèmes de diagnostic et les indications thérapeutiques qu'elles ne manquent pas de poser.

Nous étudierons successivement les chapitres suivants :

Ch. I^{er}. — Le diagnostic étiologique de l'infection.

Ch. II. — Le diagnostic des tissus sensibles de porte d'entrée.

Ch. III. — Matériel et Technique.

Ch. IV. — Conduite du Traitement.

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DE L'INFECTION

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier les symptômes qui, lorsqu'on est en présence d'une femme consultant pour une infection gynécologique, permettent d'identifier le ou les germes microbiens responsables.

Nous nous restreindrons volontairement aux seuls symptômes ayant une valeur pour le diagnostic étiologique. Ce ne sont pas, généralement, les symptômes des lésions pelviennes qui occupent la première place une fois l'examen terminé : les signes de périmétrite, d'annexite, révélés par le toucher vaginal ont, en effet, assez peu de valeur au point de vue du diagnostic étiologique.

Par contre, les renseignements fournis par l'interrogatoire de la femme qui fera connaître l'évolution de ses maux, par l'examen de la vulve, du col utérin, par l'examen cyto-bactériologique des sécrétions utérines, par certains tests biologiques, permettent d'identifier les germes pathogènes.

Nous étudierons ces renseignements, pour être plus schématique, successivement dans les infections gynécologiques gonococciques, colibacillaires et mixtes. Le gonocoque et le colibacille sont en effet, nous le verrons plus loin, les deux germes le plus souvent en cause.

A. — SYMPTOMES ETIOLOGIQUES DE L'INFECTION BLENNORRAGIQUE CHEZ LA FEMME

1° CLINIQUE. — L'interrogatoire de la malade permet de déceler des troubles accusant le gonocoque.

C'est d'abord le *début* des manifestations pathologiques, qui suit de peu la contamination. La malade peut fréquemment en préciser la *date*.

Ce début a été marqué le plus souvent par l'apparition de pertes épaisses, jaune-verdâtres, souvent accompagnées de brûlures à la miction, plus cuisantes avant l'arrivée des règles.

Souvent la malade avait bien, déjà étant jeune fille, quelques pertes blanches qu'elle attribuait à l'anémie. Mais les pertes pour lesquelles elle consulte n'ont rien de comparable ; elles sont plus épaisses, plus visqueuses et de couleur verdâtre ou jaune-verdâtre. On peut donc avoir la chance de retrouver le moment de l'apparition ou de la modification des pertes, et l'on apprend que ce symptôme a coïncidé avec les premiers rapports, le mariage, le changement de partenaire sexuel, ou la reprise des rapports après un accouchement, pendant lequel parfois le mari se sera exposé à la contagion.

Il n'y a pas de modification sensible de l'appétit, du sommeil. Parfois on note l'apparition d'une légère constipation. (Syndrome entéro-génital ou mieux génito-entérique.) Ces derniers symptômes ne sont en tous cas, pas éloquentes au point de vue étiologique.

Examen génital.

L'aspect de la vulve est souvent caractéristique : légèrement rouge partout, mais avec des taches gonorrhéiques beaucoup plus vives au niveau du méat et des orifices des glandes de Bartholin.

Le méat urétral se trouve, dans la majorité des cas, *augmenté de volume, déformé dans sa moitié inférieure. Cet aspect semble pouvoir être attribué à la tuméfaction des glandes de Skène, situées de part et d'autre de la ligne médiane dans le plancher de l'urèthre.*

Surtout dans les cas d'infection récente, la pression d'arrière en avant sous l'urèthre peut amener au méat une goutte de pus gonococcique ayant tous les caractères macroscopiques et microscopiques de la goutte de l'urétrite aiguë masculine; même à une période chronique, il arrive que cette manœuvre révèle, par une goutte de caractère non aigu, une *Skénite latente*.

Le toucher vaginal n'est important que pour faire le bilan des lésions utéro-annexielles, mais n'a pas une grosse valeur au point de vue du diagnostic étiologique.

L'examen au spéculum, par contre, a un gros intérêt diagnostique. Dès que le spéculum est mis en place, on observe des pertes, dont il faut soigneusement noter l'aspect :

a) Parfois elles sont abondantes, masquant le col; elles bavent hors de son orifice, sous forme d'un *crachat jaune verdâtre*, difficile à détacher avec une compresse, en raison de sa consistance visqueuse. De telles pertes signent une infection gonococcique en pleine activité. Il est fréquemment possible de trouver des gonocoques dans une glaire de cette nature.

b) Parfois elles sont beaucoup moins abondantes et surtout d'un *autre aspect*; le col, plus ou moins ulcéré, est à découvert. C'est avec une pince ou mieux avec une pipette qu'il faut aller chercher dans l'orifice du col une *glaire translucide, incolore, filante, ressemblant à du blanc d'œuf cru*. Une telle sécrétion correspond aux infections gonococciques plus ou moins anciennes et refroidies.

Le fond du vagin étant bien nettoyé et essuyé, il faut alors voir quel est :

L'aspect du col.

C'est parfois simplement un petit col congestionné, rouge en masse ou violacé, comme turgescant, avec ectropion circulaire rouge vif péri-orificiel. On observe cet aspect chez des femmes jeunes, dans des cas d'infection gonococcique récente, s'accompagnant souvent d'un certain degré de vaginite (douleur au toucher vaginal, à l'introduction du spéculum).

D'autres fois, et plus fréquemment, le col n'est pas aussi congestionné et c'est surtout le petit ectropion muqueux, rouge vif, faisant saillie hors de l'orifice du col, que l'on remarque. Cet aspect correspond à une infection moins aiguë, moins récente.

Enfin, le plus souvent, le col porte une exulcération importante plus ou moins régulièrement circulaire, centrée par l'orifice du col, dont les bords tranchent en général nettement par leur couleur sur le fond plus pâle du museau de tanche normal. Les œufs de Naboth, fréquents dans les métrites anciennes, doivent aussi être repérés.

Une fois faites ces constatations, la métrite endocervicale, qui d'ailleurs peut exister seule, doit toujours être recherchée :

Par le signe de la pince : si l'extrémité olivaire de la pince à pansement vaginal pénètre facilement dans un endocol, cela est en faveur d'une endocervicite. L'écartement des mors de la pince fait

alors sourdre à l'orifice cervical une glaire que la contraction utérine expulse une fois la pince retirée.

Par le pincement du col entre les deux mâchoires du spéculum que l'on tire en même temps doucement vers l'extérieur, ce qui fait baver à l'extérieur la glaire secrétée par la muqueuse endocervicale infectée. *Faisons remarquer que c'est, en tout état de cause, cette glaire intracervicale qu'il faut prélever pour faire les frottis sur lame*, de préférence aux produits de sécrétions déjà tombés dans le vagin et souillés pendant le séjour qu'ils y ont fait.

L'Hystéromètre permet lui aussi d'explorer l'endocol. Il fera souvent sentir des irrégularités de la muqueuse de la paroi interne, correspondant à des lésions hyperplasiques d'endocervicite qui font bomber la muqueuse dans la lumière du col.

Si nets que soient souvent les signes cliniques d'infection gonococcique, les examens de laboratoire sont toujours utiles. Ils sont parfois indispensables en cas de lésions n'ayant jamais été très virulentes, et cependant tenaces.

2° LABORATOIRE.

On sait la facilité avec laquelle on trouve habituellement le gonocoque sur une lame d'uréthrite aiguë, aussi bien chez l'homme que chez la femme. Par contre, on éprouve souvent de grandes difficultés à le mettre en évidence sur les frottis de glaires provenant de métrites chroniques. Dans les nombreux examens que nous avons faits avec Poincloux, ce dernier nous a montré certains caractères microscopiques qui permettent *d'incriminer presque à coup sûr l'origine gonococcique d'une métrite, même quand il n'est pas possible de voir de gonocoques sur les frottis des pertes qu'elle provoque.*

Sur de tels frottis :

1° Les polynucléaires intacts, nets, à noyaux délicatement colorés, sont nombreux, sont prédominants, voire exclusifs, alors que dans les autres infections, colibacillaire et staphylococcique en particulier, les polynucléaires sont flous, désagrégés, plus ou moins pycnotiques.

2° La desquamation est peu abondante, formée presque exclusivement de fibres allongées avec noyaux fuselés, alors que, dans les métrites colibacillaires, en particulier, la desquamation ne comporte que de grandes cellules plates, polygonales.

3° Les microbes banaux sont peu abondants. On ne trouve que de rares cocci Gram positif, surtout si l'on a soin d'examiner la glaire intra-cervicale obtenue par la *traite du col* avec le spéculum.

4° Enfin si une telle glaire,ensemencée sur milieux usuels, ne donne lieu au développement d'aucune colonie, le gonocoque peut presque à coup sûr être incriminé.

B. — SYMPTOMES ETIOLOGIQUES DES INFECTIONS GYNECOLOGIQUES COLIBACILLAIRES

A côté de l'infection blennorrhagique, Poincloux a insisté sur la fréquence des localisations génitales de l'infection colibacillaire, si fréquente chez la femme.

Depuis que notre attention a été attirée, nous avons pu vérifier fréquemment l'existence d'un *syndrome entéro-génital*, d'autant mieux que la vaccination anticolibacillaire par la porte d'entrée a une action rapide sur les deux éléments de ce syndrome.

1° CLINIQUE. — Ici le début des troubles n'est pas nettement précisé dans le temps. Souvent la malade présentait, étant encore jeune fille, des pertes de couleur réellement blanche, de cause indéterminée. Il s'agit de femmes qui ont toujours lutté contre une constipation opiniâtre, entrecoupée parfois par des crises de diarrhée ou d'entérocólite. Leur appétit est capricieux, leur haleine parfois forte, leur langue souvent chargée. Si elles ont été enceintes, elles ont généralement présenté des troubles dus à la constipation; elles ont pu faire une ou plusieurs poussées de pyélonéphrite.

L'examen portera tout d'abord sur l'abdomen : la cicatrice d'une appendicectomie signe souvent l'existence de troubles antérieurs. Malgré cette opération, le cœcum est souvent trouvé gros, gargouillant, mobile, douloureux; la constipation est restée opiniâtre. Tous ces signes traduisent une infection intestinale chronique, bien souvent colibacillaire, et qui bénéficiera dans ce cas,

parfois très rapidement, de la vaccination régionale anticolibacillaire par voie rectale.

EXAMEN GÉNITAL. — *La vulve est de coloration normale* ou pâle, sans déformation de la papille urétrale, sans rougeur au niveau des orifices des glandes de Bartholin.

Le spéculum montre *l'aspect des pertes*, qui est bien souvent pathognomonique : ces pertes sont, ou blanches et semi-fluides comme du lait crémeux, ou semblables à du lait caillé.

Elles tapissent non seulement le col auquel elles n'adhèrent pas, mais aussi les parois du vagin.

De telles pertes constituent un élément capital du diagnostic clinique des infections génitales colibacillaires, surtout si elles ont présenté à un moment donné une odeur fétide.

Les *lésions du col* sont sans grande valeur pour le diagnostic étiologique; elles paraissent plus superficielles que les lésions gonococciques, plus pâles et l'exulcération externe est souvent de grandes dimensions.

Chez ces malades il faut toujours rechercher l'existence de *troubles urinaires* :

La pollakiurie nocturne, surtout dans la première moitié de la nuit; des brûlures à la fin de la miction, traduisant une participation vésicale, contrairement aux brûlures de l'infection gonococcique qui durent tout le long de la miction.

Au cas où ces troubles existent, nous pratiquons un prélèvement aseptique d'urine avec une sonde en verre stérile, après désinfection du méat par une goutte de teinture d'iode. Le culot d'urine sera examiné au laboratoire, après étalement sur lame et coloration de Gram. L'ensemencement sur gélose sera fait pour mettre en évidence une colibacillurie occulte possible.

2° LABORATOIRE. — Les résultats fournis par les examens de laboratoire confirmeront bien souvent les conclusions cliniques; dans l'infection colibacillaire, la glaire cervicale renferme des polynucléaires altérés, pycnotiques. La desquamation est intense, formée de grandes cellules polygonales. Par contraste avec ce qu'on voit dans les glaires de métrite gonococcique pure, où les

saprophytes sont rares, on voit très fréquemment, à côté du *bactérium coli*, des microbes variés, Gram positifs et négatifs (*bacillus* et *cocci vaginalis*, *staphylocoques* blancs, etc.).

Nous insisterons sur l'aspect extrêmement variable du *b. coli* dans les glaires métritiques : bâtonnets grêles ou charnus, plus ou moins longs, parfois partagés en fragments, pouvant même ressembler au diplocoque de Neisser. Nous avons signalé qu'il est souvent associé au *bacillus vaginalis*. Or, ce germe, saprophyte le plus souvent, est parfois lui-même Gram négatif, de sorte qu'il y a là une cause de diagnostic erroné. En cas d'hésitation le mieux est d'avoir recours aux :

Cultures en se rappelant que, là aussi, le colibacille présente des variations morphologiques étendues.

L'odeur fécaloïde de la culture en bouillon signe souvent la nature colibacillaire.

La fermentation des milieux sucrés est le moyen classique de lever les doutes.

Au cas où le colibacille aurait été mis en évidence dans les glaires métritiques, il est utile d'en rechercher la présence dans les urines, et par l'examen du culot de centrifugation, et par les cultures.

On se rendra compte ainsi de ce fait que la coïncidence est loin d'être la règle; le syndrome entéro-génital bactériologique est fréquent en dehors de tout syndrome entéro-rénal.

C. — INFECTIONS GYNECOLOGIQUES A AUTRES GERMES

Dans les chapitres précédents, nous avons étudié les symptômes cliniques et bactériologiques des infections gonococciques et colibacillaires, capables d'orienter vers le diagnostic étiologique.

Cette étude nous a permis de constater que, dans 98 pour 100 au moins des infections gynécologiques non obstétricales et non tuberculeuses, ces deux germes sont en cause, seuls ou associés.

Les germes que l'on rencontre fréquemment à la lecture des frottis de glaires métritiques, *staphylocoques*, *bacillus vaginalis*,

diphthérimorphes, et plus rarement streptocoques, entérocoques, nous semblent être des germes saprophytes ou d'infection secondaire dont la valeur pathogène, si elle existe, ne se manifeste qu'à la faveur de l'infection gonococcique ou colibacillaire.

Il semble cependant, qu'en dehors de toute puerpuéralité, les *staphylocoques* puissent être à eux seuls responsables de métrites, de salpingites, de bartholinites. On les trouve parfois (rarement) presque à l'état de pureté, ou en grande abondance, dans une glaire prélevée dans le col utérin. La culture montre que, même dans ces cas rares, il ne s'agit presque jamais de staphylocoque doré.

D. — INFECTIONS MIXTES

L'association des germes pathogènes est extrêmement fréquente dans les métrites, c'est pourquoi ce sont des cas dont il importe de s'occuper.

On ne rencontre pratiquement de lésions gynécologiques gonococciques pures, ou colibacillaires pures, qu'au début de la maladie. Mais, comme il s'agit de lésions à tendance essentiellement chronique, que bien des femmes supportent pendant plusieurs années, faute d'avoir pu en obtenir la guérison, le plus souvent la lésion primitive ne manque pas de se surinfecter *par des microbes banaux*, staphylocoque surtout; ceci est surtout vrai pour les lésions colibacillaires, dont les sécrétions se montrent presque toujours riches, non seulement en *bactérium coli*, mais en staphylocoques, *bacillus vaginalis*, diphthérimorphes, etc.

Dans ces cas de surinfection par des microbes banaux, nous pensons qu'il suffit de combattre le germe de première infection pour obtenir la guérison.

Bien plus intéressante est l'association *Gonocoque-Colibacille*.

Elle peut se réaliser de différentes façons :

1° Ce peut évidemment être une contamination de lésions colibacillaires, plus ou moins latentes, par le diplocoque de Neisser. *Lorsque cette contamination est récente*, les signes d'infection gonococcique sont en général facilement mis en évidence par la clinique

et par le laboratoire : des troubles entéritiques, la constipation, des pertes blanches comme du lait caillé existaient depuis longtemps lorsque sont survenus, à une époque déterminée, les signes d'infection gonococcique que nous avons passés en revue plus haut.

La pression de l'urètre peut ramener une goutte purulente où seront décelés des gonocoques.

L'examen des glaires intracervicales montrera au microscope *des champs de polynucléaires intacts*, voire des gonocoques, à côté de champs contenant presque exclusivement des polynucléaires altérés, des colibacilles, des microbes variés, des cellules de desquamation plates, polygonales.

Lorsque cette surinfection gonococcique de lésions colibacillaires est ancienne, chronique, refroidie, le tableau clinique est le même. le diagnostic étiologique exact aussi difficile que dans le cas suivant : surinfection de lésions gonococciques anciennes par le colibacille.

2° C'est en effet un cas très fréquent. Les métrites gonococciques anciennes restent rarement pures. Elles se compliquent de surinfections diverses par des microbes banaux souvent, par le colibacille, essentiellement.

Ces lésions gynécologiques chroniques semblent en effet avoir plus ou moins vite un retentissement fâcheux sur le fonctionnement de l'intestin (*syndrome génito-entérique*), qui favoriserait la pululation des colibacilles, et le *syndrome entéro-génital*.

Les douleurs dans le bas-ventre, les pesanteurs des reins, les signes fournis par le toucher vaginal, sont sans grande valeur pour le diagnostic étiologique.

Les pertes sont blanc-jaunâtre, ou alternativement blanches, puis jaunes ou verdâtres, notamment à l'approche des règles. Le col est légèrement exulcéré, l'endocervicite généralement intense.

Ici, le laboratoire peut rendre encore de grands services; mais les frottis de ces glaires intracervicales sont difficiles à lire. Le gonocoque n'y sera presque jamais retrouvé. Ce sont les polynucléaires intacts qui signifieront une infection gonococcique ancienne, surtout s'ils se rencontrent dans des plages où les accompagnent

des fibres allongées, à noyaux fusiforme. Certains champs au contraire, ne montrent que des signes d'infection banale, des polynucléaires altérés, de gros placards de desquamation, des microbes variés, souvent un fourmillement de colibacilles.

C'est dans ces cas, dont le diagnostic étiologique est délicat, qu'il faut savoir avoir recours à l'épreuve thérapeutique, qui prend souvent la valeur d'un véritable test vaccinal.

1° Pour le colibacille, il ne s'agit pas à proprement parler de test vaccinal, mais bien plutôt de traitement d'épreuve.

Les deux ou trois premières injections de vaccin colibacillaire par la porte d'entrée ont quelquefois une action si nette sur le transit intestinal et sur l'abondance des pertes que l'on peut affirmer la participation du colibacille.

Enfin, il nous est arrivé plusieurs fois de soupçonner une association colibacillaire à la fin d'un traitement vaccinal dirigé contre une infection manifestement gonococcique, par la persistance de certains symptômes. La vaccination anticolibacillaire a permis dans ces cas de parachever la guérison, ou simplement de gagner un peu plus sur les lésions.

2° Pour le gonocoque, le test vaccinal permet le plus souvent d'affirmer la participation de ce germe.

E. — TEST VACCINAL AU GONOCOQUE

Ce test consiste dans l'injection, au niveau des glandes de Skène, chez la femme (comme nous l'indiquerons plus loin), de *un quart de centimètre cube d'un bon vaccin gonococcique quelconque*, par exemple celui de l'Institut Pasteur (que nous employons).

Nous pouvons affirmer, à la suite de nombreux essais, que la modalité de la réaction à une telle piqûre, permet presque toujours d'affirmer l'étiologie gonococcique lorsqu'elle se trouve en cause.

1° *Quand la réaction est franche et intense*, comme il est habituel de l'enregistrer chez des malades manifestement blennorragiques, il ne peut y avoir de doute, le gonocoque est responsable.

Mais il faut que la réaction soit franche et intense : incubation d'une demi-heure environ, début brutal par un frisson violent durant un quart d'heure en moyenne, élévation de température qui doit atteindre au minimum 39° entre la deuxième et la troisième heure, terminaison entre la huitième et la dixième heure.

2° Si la réaction est faible à la suite de cette première injection supposée correctement pratiquée, il est possible *presque* à coup sûr d'éliminer l'étiologie gonococcique. Mais avant de conclure ainsi il est prudent de pratiquer une nouvelle épreuve le lendemain, avec la même dose de un quart de centimètre cube de vaccin, pour se mettre en garde contre la possibilité d'une première injection non réussie.

Si nous nous permettons d'être aussi affirmatif, c'est que nous avons nous-même soumis sept malades cliniquement indemnes d'infection gonococcique à cette épreuve; d'autre part, douze malades atteintes d'infection colibacillaire gynécologiques et indemnes de contamination gonococcique ont reçu une ou deux injections de vaccin gonococcique pour épreuve. Enfin une malade colibacillaire (observation n° 5) a reçu par erreur un demi cm³ de vaccin gonococcique dans les glandes de Skène, au lieu de un demi-cm³ de vaccin colibacillaire sous la muqueuse du rectum.

Aucun de ces sujets n'a présenté la réaction normale. Cependant, la première injection a souvent provoqué un léger frisson une demi-heure après l'injection, de faible durée, vite dissipé. Jamais la température n'a dépassé 38° 5. Chez ces mêmes malades, une deuxième injection, même à une dose double (un demi-cm³) n'a donné que des malaises insignifiants.

Ce test vaccinal au gonocoque a donc réellement une valeur diagnostique, lorsque la réponse est franche.

Si la réponse est faible, on a de grandes chances de pouvoir éliminer l'infection gonococcique. Mais une cause d'erreur dans ce dernier cas vient de ce fait que de rares sujets, notoirement infectés par le gonocoque, bénéficient nettement de la V.R.P.E. sans présenter de température élevée (Obs. 24 et 43). Ils représentent d'ailleurs un faible pourcentage.

Pour conclure, nous dirons qu'en pratique, la clinique à elle seule permet le plus souvent de reconnaître si une infection gynécologique est gonococcique ou colibacillaire, ou les deux à la fois.

Si le moindre doute persiste, l'injection de un quart de cc. de vaccin gonococcique par la porte d'entrée ne donnera de réaction franche que si la malade est nettement infectée par le diplocoque de Neisser.

Si la réponse au Test vaccinal ne lève pas les doutes, par exemple quand la réaction obtenue a été faible, bien que les présomptions cliniques soient en faveur de l'infection gonococcique, les examens de laboratoire pourront trancher le diagnostic. Si l'on ne dispose pas d'un laboratoire *compétent*, les résultats cliniques du traitement d'épreuve poursuivi (malgré la réponse ambiguë très rare du test vaccinal) pour satisfaire aux présomptions cliniques, montreront, s'ils sont favorables, que l'on ne s'était pas trompé.

Faisons remarquer, pour terminer, que le diagnostic bactériologique des infections gynécologiques est grandement facilité grâce à cette notion qui nous paraît nettement acquise, que les germes responsables sont, dans la très grande majorité des cas, ou le gonocoque, ou le colibacille, ou ces deux germes à la fois.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DES TISSUS SENSIBLES DE PORTE D'ENTREE

Le chapitre précédent nous a montré comment la clinique, le laboratoire, le test vaccinal au gonocoque, le traitement d'épreuve permettaient d'identifier le ou les microbes responsables d'une infection gynécologique. Dans la très grande majorité des cas non obstétricaux, nous avons vu qu'il suffisait de combattre soit le gonocoque, soit le colibacille, soit ces deux germes successivement pour obtenir la guérison. Le staphylocoque n'est pathogène pour les organes génitaux que dans un très petit nombre de cas.

Pour chacun de ces germes, *il importe de déterminer le tissu hypersensible de porte d'entrée.*

Pour le gonocoque, c'est la muqueuse de l'urèthre que nous croyons être la plus vulnérable, aussi bien chez la femme que chez l'homme. C'est elle que nous considérons comme la porte d'entrée la plus habituelle, même chez la femme. La dysurie, les brûlures à la miction sont un symptôme que nous avons retrouvé très souvent au début de l'infection.

Les malades dont Traissac (1) relate les observations ont presque toutes présenté ce symptôme. Enfin les skénites gonococciques sont fréquentes et restent pendant longtemps un repaire où les gonocoques vivent et se multiplient.

Les glandes de Bartholin, le col utérin, peuvent aussi être considérés comme des portes d'entrée accessoires de l'infection gonococcique.

(1) Traissac. Thèse. Bordeaux 1931.

Pour le *colibacille*, les notions classiques, cliniques et bactériologiques ont dévolu le rôle de porte d'entrée à la muqueuse du gros intestin. L'expérience nous a montré que, parmi les muqueuses du gros intestin, la muqueuse rectale, la plus accessible, sans être la plus sensible, était un tissu par lequel on pouvait provoquer la maladie vaccinale colibacillaire franche et salubre.

Les organes génitaux semblent pouvoir être considérés comme tissus de porte d'entrée itératifs pour des colibacilles sortis de l'organisme avec l'urine.

Dans les cas rares où le *Staphylocoque* semble germe responsable, la question est beaucoup plus complexe. Jusqu'à présent, on n'a pas décelé le tissu sensible par lequel ce germe envahit l'organisme *de préférence*. Malgré cela, il est certain que, pour le staphylocoque, le col chez la femme, l'urèthre et le rectum dans les deux sexes, utilisés par Poincloux comme voie d'introduction de vaccins, ont conduit à des résultats convaincants, obtenus après échecs d'autres traitements.

CHAPITRE III

MATERIEL ET TECHNIQUE

A. — POUR L'INFECTION GONOCOCCIQUE

Le matériel nécessaire, des plus simples, se compose d'une seringue ordinaire bien calibrée de deux cm³, d'une aiguille fine, courte de préférence (un cm), et d'un bon vaccin gonococcique, monomicrobien. Nous avons toujours employé le Stock-Vaccin gonococcique de l'Institut Pasteur. Il est nécessaire d'agiter très soigneusement l'ampoule avant de remplir la seringue.

1° *Injection dans les glandes de Skène.* — Cette injection peut se faire aussi bien dans le lit que sur la table d'examen. La femme étant en position gynécologique, le pouce et l'index de la main gauche écartent les grandes lèvres et présentent le méat urétral, le bord cubital de la main étant appuyé sur le pubis et sur la face interne de la racine de la cuisse droite. La main droite essuie le méat avec une compresse imbibée d'une solution d'oxycyanure à 1 p. 1000, ou d'eau oxygénée; elle dépose avec un stylet une petite goutte de teinture d'iode dédoublée juste dans l'orifice urétral.

Saisissant alors la seringue chargée munie de son aiguille, la main droite introduit cette dernière, sans piquer, entre les deux lèvres du méat, de 3 à 5 millimètres. La seringue, jusqu'alors tenue horizontale est redressée à 35 degrés environ, visant en bas, et un peu en dehors vers la gauche ou la droite.

L'aiguille est alors enfoncée d'un seul coup de deux à trois millimètres au plus dans le plancher de l'urèthre. Cette piqûre, que la malade appréhende la première fois, est en réalité très peu

douloureuse. L'aiguille une fois en place, le vaccin est injecté doucement. *Il est indispensable de s'assurer que le liquide ne reflue pas à l'extérieur.* L'aiguille est alors retirée. Il apparaît parfois une goutte de sang. *Le doigt doit comprimer aussitôt l'urèthre contre le pubis à travers le vagin pour éviter le reflux du vaccin.*

Si la quantité de vaccin à injecter dépasse un demi cm^3 , il semble qu'il y ait intérêt à répartir cette dose par moitié vers chacune des deux glandes de Skène, ou dans les deux parois latérales de l'urèthre.

2° *Injection dans les glandes de Bartholin.* — Après désinfection, l'aiguille est enfoncée au niveau de la muqueuse, généralement plus rouge, qui entoure l'orifice de la glande de Bartholin.

On a recours à ce tissu en second lieu, lorsque la voie urétrale ne donne plus de réactions, et que l'on désire continuer le traitement vaccinal; on a alors intérêt à s'adresser à un tissu neuf, dont les cellules réceptives n'ont pas été touchées encore directement par le vaccin.

3° *Injection au niveau du col utérin.* — Cette voie est utilisée plus rarement, lorsque les injections de vaccin dans les glandes de Skène et de Bartholin ne provoquent plus la maladie vaccinale. Cette injection se fait au moyen d'une seringue munie d'une prolonge quelconque, celle de Bensaude par exemple.

Après désinfection, l'aiguille est introduite sous la muqueuse, à deux à trois millimètres de profondeur, au niveau du museau de tanche près de l'orifice du col. S'il y a plus d'un demi cm^3 de vaccin à injecter, la dose devra être répartie en deux ou trois endroits différents.

B. — POUR L'INFECTION COLIBACILLAIRE

Le vaccin colibacillaire doit être injecté dans la muqueuse de l'ampoule rectale, ou juste sous elle, dans le chorum.

Il est donc nécessaire de mettre la femme en position gynécologique sur une table d'examen *bien éclairée*.

Il faut se procurer :

1° Un rectoscope de 12 cm. de long au moins; le tube à long

biseau que fabrique Drapier pour Poincloux, est particulièrement pratique.

2° Une pince à pansement.

3° Solution d'oxycyanure à 1 p. 1.000, et des petits bourdonnets de coton.

4° Une seringue en verre de 2 cm³ munie de prolonges de longueur adéquate *adaptées de façon bien étanche* et d'une aiguille fine, courte et bien piquante.

5° Un bon vaccin colibacillaire : nous avons toujours employé le stock-vaccin colibacillaire I.O.D. de Ranque et Senez. Mais un bon autovaccin, *toujours préférable*, est parfois nécessaire. Il faut préparer la seringue avant d'introduire le rectoscope, et la remplir de la dose nécessaire du vaccin, *préalablement bien agité dans son ampoule; les corps microbiens, en effet, se déposent fréquemment dans l'effilure de l'ampoule, dont il n'est pas facile de les chasser.*

Le rectoscope, enduit de vaseline, est alors introduit.

Pour que cette manœuvre soit indolore, il faut que le patient ne se défende pas et que le rectoscope soit dirigé successivement suivant les directions du canal anal d'abord, de l'ampoule rectale ensuite

Pour ce faire, introduire d'abord les 6 premiers centimètres en visant l'ombilic; il faut faire pousser un peu le sujet pour supprimer la contraction des releveurs. Ensuite, lever le manche du rectoscope pour introduire doucement les six derniers centimètres en visant la concavité sacrée. L'angle compris entre la première et la seconde direction du rectoscope doit être d'environ 80 degrés

Enlever alors le mandrin.

La muqueuse rectale de couleur rose vif, apparaît plus ou moins tendue au fond du rectoscope.

Nettoyer avec des tampons de coton, d'abord imprégnés d'oxycyanure, puis secs.

Toucher la muqueuse avec un peu de teinture d'iode dédoublée. Introduire alors dans le rectoscope la seringue montée; piquer l'aiguille par petits à-coups, en dehors des vaisseaux que l'on peut voir se dessiner sous la muqueuse. L'aiguille doit pénétrer de 1 à 2 millimètres.

Le vaccin est alors poussé doucement en veillant bien à ce que :

1° Il ne reflue pas dans le rectoscope.

2° Il provoque une *boule d'oedème*, seul témoin d'une injection sûrement réussie.

Avec un peu d'habitude, un bon éclairage, frontal de préférence, cette piqûre est facile; elle est absolument indolore.

CHAPITRE IV

CONDUITE DU TRAITEMENT

CAS D'UNE INFECTION GONOCOCCIQUE PURE

EN RÈGLE :

La dose d'attaque est *au maximum de 1 quart de cm³*; elle peut être sans inconvénient abaissée à 1 dixième et même 1 vingtième de cm³.

L'injection est en principe répétée tous les deux jours pour les 3 premières piqûres, tous les 3 ou 4 jours pour les suivantes.

Chaque nouvelle injection est de un quart de cm³ plus forte que la précédente.

La dose maxima est de 1 à 1 cm³ 5, atteinte souvent à la 5^e piqûre. Il faut poursuivre le traitement jusqu'à ce que la dose maxima (1 à 1 cm³ 5) ne donne plus qu'une réaction insignifiante.

EN PRATIQUE :

— Si la dose d'attaque a donné une réaction très intense, avec température supérieure à 40 degrés, la seconde injection sera faite à la même dose ou avec 1/10 de cm³ en plus.

— Dans les cas graves, aigus, il semble parfois préférable de faire la 2^e injection dès le lendemain (même dose ou dose double selon l'intensité de la 1^{re} réaction).

— Si une réaction a été particulièrement violente, si la céphalée persiste le 2^e jour, on peut attendre le 3^e jour avant de provoquer une réaction vaccinale nouvelle.

— Les règles ne sont pas une contre-indication absolue aux injections de vaccin; mieux vaut sans doute, dans les cas sérieux, ne pas interrompre la vaccination.

— Si la série a été interrompue, volontairement ou non, plus de 5 jours, reprendre les injections à la moitié de la dose précédente.

— *La grossesse normale n'est en aucune façon une contre-indication.*

Chaque injection de vaccin, si elle est motivée, si elle est correctement pratiquée, provoque une réaction : la maladie vaccinale gonococcique curative de porte d'entrée. (Voir I^{re} Partie. Ch. III.)

Cette maladie vaccinale curative gonococcique a une *incubation* de une demi-heure à trois quarts d'heure environ : un *début* brusque marqué par un frisson intense, solennel, accompagné de tremblements pendant une demi-heure environ : une *période d'état* pendant laquelle les malaises sont souvent intenses : elle est caractérisée par de la céphalée, des nausées, parfois des vomissements. C'est pendant cette période que sont notées les réactions régionales et focales : douleurs abdominales, articulaires, au niveau des lésions, qui deviennent le siège d'une douleur aiguë.

Parfois les régions de l'organisme non infectées, mais susceptibles de l'être, sont le siège de douleurs aiguës, parfois même d'une tuméfaction légère et fugace (arthralgies vaccinales en particulier).

Pendant cette période d'état, la température atteint 40° ou 40°,5 une heure et demie à deux heures après l'injection.

Pendant la période de défervescence, la température descend progressivement de la 5^e vers la 10^e heure.

Il faut signaler qu'à la suite d'une telle injection de vaccin par la porte d'entrée, *il n'y a jamais aucune réaction locale*.

La maladie vaccinale, souvent pénible, est susceptible de varier un peu dans son évolution. Les troubles subjectifs sont plus ou moins prononcées. Certains malades ont des troubles subjectifs intenses sans que leur température dépasse 38°.5 et même sans avoir de fièvre.

Les deux premières réactions sont les plus fortes. Au cours des suivantes, même si la température atteint 40°, les troubles subjectifs sont moins pénibles. Puis rapidement, vers la 6^e piqûre, au moins chez le sujet qui réagit normalement, qui bénéficiera donc nettement du traitement, la dose maxima ne provoque plus qu'une réaction insignifiante.

On peut alors cesser le traitement vaccinal, si le bénéfice obtenu est jugé satisfaisant. *Sinon, il faudra le continuer, mais en s'adressant à un tissu autre que celui qui a permis d'obtenir l'atténuation des réactions.* Au niveau de ce tissu nouveau, les deux premières injections de vaccin provoqueront des réactions franches, *mais l'atténuation sera plus rapidement obtenue, dès la troisième ou quatrième injection généralement.*

La réaction vaccinale gonococcique, surtout celle consécutive aux deux premières injections, est toujours désagréable. Avec l'espoir d'en atténuer l'intensité, nous avons employé dernièrement des doses d'attaque plus faibles. *Nous avons injecté comme dose d'attaque le dixième, puis le vingtième de centimètre cube sans obtenir une atténuation notable de la réaction vaccinale. Bien plus, le cinquantième, le centième de centimètre cube nous ont donné parfois des réactions thermiques à 40°, et des améliorations incontestables.*

Nous insistons sur l'intérêt théorique considérable que comportent des réactions vaccinales intenses à la suite d'aussi faibles doses de vaccin.

A vrai dire, les très petites doses (1/100 de cm³) donnent plus souvent des réactions atténuées : la température atteint 39° environ, la réaction subjective est beaucoup moins pénible. Mais les malades que nous avons soignées ainsi nous ont donné un pourcentage de résultats beaucoup moins bon. Certaines ont fait de véritables réactivations en plein cours de traitement, ce que nous n'avions que très rarement constaté avec les doses d'attaque normales. Et nous avons décidé de revenir à nos doses habituelles ou tout au moins de ne pas commencer une série d'injections par des doses inférieures au vingtième de centimètre cube.

Nous insistons sur ce fait que ces doses donnent des réactions violentes, pénibles, mais que *jamais nous n'avons eu le moindre accident*, pas plus que ceux qui ont expérimenté et qui appliquent cette méthode (Schwartz, Brulé, Milhit, Desplas, H. Cardot, Craignicianu, Traissac, de Sèze, E. Naggiar, Ricou, etc.).

Nous conseillons seulement de s'abstenir de cette méthode en cas de lésions cardiaques, de lésions pulmonaires tuberculeuses, de lésions rénales avérées; il est bon de supprimer le repas coïncidant avec le moment de la réaction; de supprimer au besoin la vessie de glace abdominale, et de bien couvrir la malade.

En vue d'atténuer l'intensité de la réaction, nous faisons prendre actuellement aux malades un gramme d'aspirine au moment de l'injection. Il nous semble, jusqu'à présent, que cette pratique ne présente que des avantages, encore qu'elle soit souvent impuissante à empêcher l'élévation thermique.

B. — CONDUITE DU TRAITEMENT EN CAS D'INFECTION COLIBACILLAIRE PURE

La dose d'attaque du vaccin colibacillaire par voie rectale est de un demi-centimètre cube. L'injection doit être répétée tous les deux, trois ou quatre jours, selon la durée de la réaction précédente. Chaque injection est de un demi-centimètre cube plus forte que celle qui l'a précédée. La dose maxima est de deux centimètres cube. La série normale comporte quatre à cinq injections.

Les règles et la grossesse ne sont pas non plus une contre-indication au traitement vaccinal.

Les réactions affectent un type nettement individualisé, constituant une vraie maladie vaccinale, aussi différente de la maladie vaccinale gonococcique que l'infection par le bactérium coli l'est de celle par le gonocoque.

Son incubation dure presque toujours une heure et demie à deux heures.

Sa phase de début est marquée par des malaises généraux beaucoup moins intenses qu'après vaccination gonococcique. La

température s'élève peu à peu vers 38°, parfois vers 39°, 39°,5, niveau qu'elle peut n'atteindre que sept à huit heures après la piqure.

A la période d'état, outre les signes banaux dus à l'hyperthermie et qui sont plus ou moins intenses et contingents, surviennent des désordres qui affectent le tube digestif : coliques sèches, parfois ballonnement abdominal avec diarrhée, souvent nausées, quelquefois vomissements.

Cette période peut durer douze à vingt-quatre heures. Très souvent il y a encore de la fièvre le lendemain matin et le lendemain soir.

La défervescence se fait donc en lysis plus ou moins accentué, souvent en 36 à 48 heures, parfois en 3 à 6 jours.

En sorte que la réaction typique normale dure de 36 à 72 heures, alors que la réaction typique normale gonococcique dure de 8 à 10 heures.

Dans cette maladie vaccinale colibacillaire il y a une véritable dissociation entre les symptômes généraux souvent peu marqués, et l'intensité des phénomènes survenant dans la sphère intestinale.

Les réactions sont d'ailleurs beaucoup plus variables d'un sujet à l'autre, et chez un même malade d'une piqure à l'autre qu'en matière de vaccination gonococcique par la porte d'entrée.

La modalité des réactions a été étudiée plus complètement dans un article de Poincloux et Arloing sur l'emploi de la V.R.P.E. contre l'infection colibacillaire (1) et dans la thèse d'Arloing (2).

C. — CONDUITE DU TRAITEMENT EN CAS D'INFECTIONS INTRIQUEES

Nous avons toujours combattu *successivement* les différents germes supposés responsables d'une infection gynécologique. Il s'agit bien entendu le plus souvent d'association gonocoque-colibacille et c'est dans la majorité des cas à l'infection gonococcique, la plus virulente, que l'on s'adresse en premier.

(1) P. Poincloux et H. Arloing. — *Archives des Maladies de l'appareil digestif*, t. XXI, n° 8, Octobre 1931.

(2) *La V. R. P. E. dans l'infection colibacillaire*. — H. Arloing. Thèse, Paris, 1931.

TROISIÈME PARTIE

LES OBSERVATIONS

Nous publierons 47 observations recueillies pour la plupart dans le service du Professeur agrégé Basset de janvier 1931 à janvier 1932.

Nous les classerons de la façon suivante :

- A. — Infections gonococciques récentes :
3 observations (1 à 3).
- B. — Métrites sans annexite, avec ou sans périmétrite, avec ou sans arthrite; soignées par :
 - 1° Vaccin seul, 2 observations (4 et 5).
 - 2° Vaccin suivi de Filhos, 9 observations (6 à 14).
- C. — Annexites ambulatoires, avec métrite le plus souvent :
 - 1° Vaccin seul, 4 observations (15 à 18).
 - 2° Vaccin suivi de Filhos, 8 observations (19 à 26).
- D. — Annexites intenses alitées, avec métrite le plus souvent :
 - 1° Vaccin seul, 9 observations (27 à 35).
 - 2° Vaccin suivi de Filhos, 5 observations (36 à 40).
- E. — Annexites intenses, vaccinées puis opérées :
6 observations (41 à 46).
- F. — Bartholinites : 1 observation publiée.

Ce classement s'appuie sur les conditions du traitement en pratique; d'une part, les malades qui viennent à la consultation, d'autre part, celles dont l'intensité des lésions nécessite l'alitement.

Avec chacune des catégories que ce classement comporte, nous présenterons des tableaux schématiques exprimant la statistique des résultats obtenus par le traitement de 265 malades (la plus grande partie des malades soignées par Poincloux et les nôtres).

Plus loin, (page 142), nous donnerons une statistique étiologique générale portant sur 364 malades; les 99 observations d'écart entre ces deux grands groupes correspondent à des malades, ou non suffisamment traitées, ou dont l'histoire clinique et thérapeutique n'a pas été correctement relevée, ou dont la publication est réservée pour un autre travail, mais chez lesquelles l'enquête étiologique avait clairement aboutie (1).

(1) Chacune des observations, publiée ou non, dont nous tenons compte dans les tableaux schématiques, a été dotée d'une note représentant, de 0 à 10, le bénéfice apporté par le traitement mis en œuvre.

10	correspond à un résultat parfait.
9	 très bon.
8	}
7	
6	 assez bon.
5	/
4	
3	}
2	
1	
0	

Nous nous excusons d'avoir adopté pour la rédaction de nos observations un style trop télégraphique et d'avoir employé des abréviations, cela avec un but utilitaire facile à comprendre. Voici la signification de ces abréviations :

V — Vaccin. F — Filhos.

R. I. — Résultat immédiat obtenu à la fin du traitement.

R. E. — Résultat éloigné.

G. Sk., G. Col., G. Bart. — Injection de vaccin gonococcique dans les glandes de Skène, dans le col, dans les glandes de Bartholin.

Coli-Rect., Coli-col. — Injection de vaccin colibacillaire au niveau du rectum, du col.

A. — INFECTIONS GONOCOCCIQUES RECENTES

OBSERVATION N° 1

Mme Val... F..., 38 ans.

Diagnostic : Infection gonoc. récente.

Traitement : R. I. : Vaccin = 10.

Cette malade consulte le 13 juin 1931 pour brûlures vulvaires et urétrales. Pertes jaunes. Troubles apparus après rapports infectants datant de 1 mois.

Soignée en ville par des soins locaux et 9 injections de Gonacrine intra-veineuse.

Examen : Papille urétrale saillante.

Rien au T. V.

Au spéculum : Métrite légère. Petit ectropion rouge. Glaire cervicale verdâtre.

Reçoit 4 Gono-Sk.

Le 27 juin 1931 :

Vulve parfaite.

Col normal. Pas de pertes.

Guérison absolue.

Revue au début d'août en parfait état au point de vue gynécologique.

OBSERVATION N° 2

Mlle B... Anna, 21 ans.

Diagnostic : Infection gonoc. récente.

Traitement : Vaccin : R. I. = 10.

Entre à l'hôpital, le 6 décembre 1931 pour une crise douloureuse abdominale ayant débutée brusquement le 4 au soir.

La douleur siège bas dans les deux fosses iliaques; elle est diffuse et sujette à des paroxysmes toutes les demi-heures environ, accompagnés de vomissements liquides verdâtres.

Pas de point appendiculaire net.

Une selle diarrhéique pendant la nuit, unique depuis le début des accidents.

Normalement réglée; quelques pertes blanches.

Examen à l'entrée, le 6 :

T. à 37,5; Pouls à 80.

La malade dit avoir eu 39°,5 la veille au soir.

Tenue en observation jusqu'au 1^{er} décembre.

La température oscille autour de 38°. Les phénomènes aigus se calment par la glace. La malade souffre toujours du bas-ventre.

Le 10. Examen plus complet :

Les premiers rapports remontent à 15 jours. Brûlures en urinant depuis 5 jours.

Vulve très rouge.

T. V. impossible : orifice étroit, horriblement douloureux.

Spéculum : col violacé, rouge en masse. Orifice petit, rouge; glaire filante d'aspect gonococcique.

Frottis : Gonos très nombreux, intra cellulaires.

Le 10. 1/50 G. Sk. sans doute mal injecté à cause de la douleur et de l'agitation. Pas de réaction.

Le 13. 1/50 G. Sk. Temp. à $40^{\circ},5$.

Le lendemain 14 décembre, la malade ne souffre plus, la température est tombée à $37^{\circ},1$.

3 autres injections ont été pratiquées : 1/25, 1/12, et 1/6 de centimètre cube.

La malade est sortie de l'hôpital ne perdant plus du tout, ne souffrant plus, n'ayant plus de brûlures à la miction.

T. V. Possible sans douleur.

Spéculum : Col un peu rouge, pertes nulles.

Le 15 janvier 1932 :

Se dit complètement guérie.

Examen : Tout normal.

Frottis : Microbes banaux, sans polynucléaires.

Revue le 1^{er} avril 1932. Pas le moindre trouble subjectif.

OBSERVATION N° 3

Mlle Da... Jeanne, 20 ans.

Diagnostic : Infection gonococcique récente.

Traitement : Vaccin à doses minimales : amélioration puis réactivation.

Vaccin à doses normales : R. I. : 9.

Entrée le 26 décembre 1931 à la salle Malgaigne pour douleurs ayant débutées 4 jours auparavant dans la fosse iliaque gauche. Depuis le 24, douleurs généralisées dans tout l'abdomen, vomissements après chaque tentative d'alimentation.

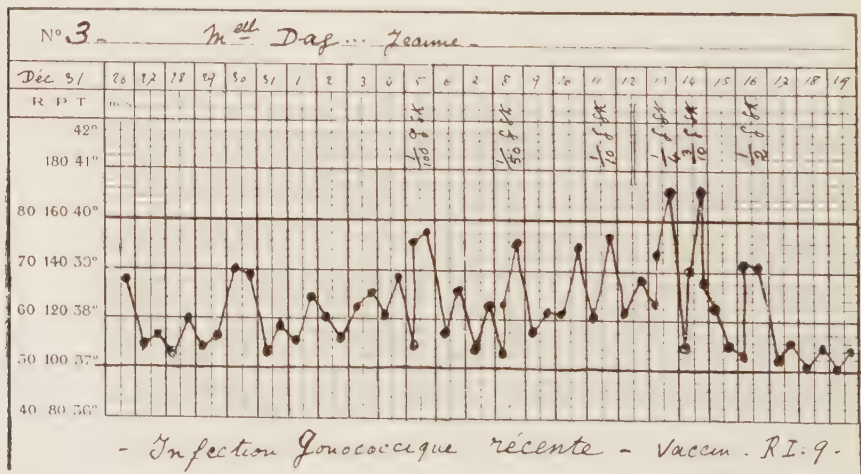
N'a pas été à la selle depuis 10 jours. Toujours très constipée.

Température $38^{\circ},7$. Pouls à 116. Faciès bon.

Examen abdominal : Pas de contracture, pas de point douloureux nettement localisé.

T. V. très douloureux, rien d'objectif.

Gardée en observation du 26 décembre au 4 janvier 1932 : malgré la glace, la température oscille autour de $38^{\circ},5$.



Le 4 janvier 1932, cette malade souffre toujours du bas-ventre, la palpation est douloureuse surtout dans la fosse iliaque gauche. Le ventre est ballonné.

Un interrogatoire plus serré apprend que la malade a eu ses premiers rapports il y a un mois.

Au T. V., utérus petit, absolument fixé par une périmérite intense. Tout est si douloureux que le diagnostic de Pelvi-Péritonite s'impose.

Spéculum : Col rouge en masse, sans ulcération. Mais la pression du col entre les deux mâchoires du spéculum ramène du pus verdâtre.

Frottis : Innombrables polynucléaires intacts.

Nombreux gonocoques.

Le 5 janvier 1932, V.R.P.E. antigonococcique à doses minimales.

1/100 G. Sk. Température à 39°,7; a bien dormi la nuit suivante; a été à la selle spontanément.

Le 6. Se sent mieux que jamais elle n'a été depuis son entrée; n'a plus mal au ventre du tout.

Le 8. T.V. Tout mobile, indolore.

La température descend à 37°,3.

1/50 G. Sk. Réaction nette : Temp. à 39°,5.

Le 9. La température tend à monter progressivement et atteint 39°,3 le 10 au soir.

Le 11. On injecte 1/10 G. S., avec une réaction nette, temp. 39°,6.

Le 12. La malade dit avoir eu mal au ventre au moment de la réaction, ce qui est normal, mais les douleurs ont persisté le soir et la nuit. Elle a mal dormi. La palpation du ventre est de nouveau douloureuse.

Au T. V., le cul de sac gauche est très douloureux, et l'on croit percevoir la trompe gauche tendue et douloureuse.

Donc, réactivation du processus inflammatoire en cours de traitement vaccinal à faibles doses, après une amélioration passagère. Mais les injections ont été trop espacées. Sur le conseil de Poincloux, nous allons attaquer avec les doses normales, plus rapprochées.

Le 13 janvier. 1/4 G. Sk. Réaction normale, temp. 40°,5.

La température est à 37°,5 le lendemain matin.

Le 14. 3/10 G. Sk. : de nouveau température à 40°,5.

La malade ne souffre plus du tout, dort très bien; la température atteint 37°,5 le lendemain soir.

Le 16. 1/2 G. Sk. Temp. à 39°,2.

Le 21, 3/4 G. Sk. Réaction encore intense 40°,5.

Le 23 janvier, la malade sort complètement guérie de l'hôpital; au T. V., au spéculum, tout est normal.

Ce résultat fut acquis en 11 jours de traitement effectif.

B. — METRITES SANS ANNEXITE,
AVEC OU SANS PERIMETRITE, PARFOIS AVEC ARTHRITE

Cette classe comporte deux groupes de malades :

Groupe 1 : Malades soignées uniquement par le vaccin.

Groupe 2 : Malades soignées d'abord par le vaccin, puis guéries.

B) Groupe I. — Métrites soignées uniquement par le Vaccin.

Ce groupe comprend 98 malades.

Sur ces 98 malades, 16 avaient de la périmétrite en plus de leur métrite, 9 étaient atteintes d'arthrite ou d'arthralgies.

Les germes responsables étaient :

Gonocoque seul	62 cas
Colibacille seul	12 cas
Association Gono-Coli	18 cas
Association Gono-Coli-Staphylo . . .	2 cas
Staphylocoque seul	2 cas
Association Gono-Staphylo	1 cas
Germe inconnu	1 cas

39 malades ont été revues de 3 mois à 4 ans (la plupart 3 ans) après la fin du traitement. (R. E.)

Voici quelle fut l'action de la V.R.P.E., estimée pour chaque cas de 0 à 10.

TABLEAU B. 1.
Action de la V.R.P.E. sur les métrites.

[illegible]

Nous ne publierons que 2 observations :

OBSERVATION N° 4 (Service du Pr. Basset)

Mlle Dec..., 34 ans.

Diagnostic : Métrite gonococcique. R. I. 8 — R. E. 10.

Nous résumerons ici l'observation prise par le Docteur Poincloux au fur et à mesure du traitement qui dura du 15 avril 1926 au 11 février 1928.

Mlle Dec... consulta au Pavillon Brun, à l'hôpital des Enfants-Malades le 15 avril 1926.

Depuis 9 ans elle présentait des pertes épaisses, jaune verdâtres, empesant le linge, l'obligeant à se garnir.

Peu après le début de l'infection, elle aurait présenté de la pollakiurie avec brûlures à la miction, puis une véritable cystite aiguë motivant son admission à Cochin où la cystite fut guérie.

Elle fut suivie plusieurs mois à Cochin, puis par divers médecins, mais les pertes épaisses, verdâtres continuèrent malgré les ovules et les injections, déterminant une irritation du vagin et de la vulve dès que les injections étaient espacées.

Pas de douleurs dans le ventre.

Bien réglée.

Ni grossesse ni avortement.

A l'examen le 15 avril 1926, malade fatiguée, neurasthénique.

Se plaint de brûlures avant d'uriner.

Vulve rouge enflammé.

Méat urinaire rouge, avec muqueuse violacée.

Vagin rouge, secrétant abondamment.

Col utérin volumineux, présentant une ulcération péri-orificielle; endocervite.

Au T. V. : Pas de salpingite.

Prélèvement pour auto-vaccin : Staphylocoques, Diphtérinmorphes.

Frottis : gonocoques présent.

Le 20 avril 1926 :

Injection en 4 points de la muqueuse du col de 2 cm³ d'auto-vaccin (sans gonocoque) dilué au 1/100.

Pansement local avec des compresses imbibées de vaccin.

Pas de réaction.

Injection sous la muqueuse de l'endocol (en introduisant l'aiguille dans la lumière du col) de 1 cm³ d'auto-vaccin au 1/100 additionné de 1 cm³ de vaccin gonococcique de l'Institut Pasteur.

Pansement vaginal sur le col avec compresse imbibée de l'auto-vaccin.

Réaction vive. Frisson. Malaises. Tremblements. Fatigue. Douleurs dans les cuisses. Temp. à 39°.

Le 23 avril :

La sécrétion vaginale a nettement diminué.

Les injections d'auto-vaccin, additionnées de vaccin gonococcique, sont alors répétés 6 fois, du 23 avril au 28 mai 1926.

Elles sont pratiquées sous la muqueuse du col, en 4 points et complétées par un pansement local à l'auto-vaccin.

Elles donnèrent lieu à des réactions nettes. Temp. autour de 39°.

Le 21 mai :

Vagin de teinte normale, cliniquement guéri.

L'urèthre présente toujours à son orifice une petite tuméfaction rouge.

Le col est moins gros; l'endocervite persiste, mais l'ulcération ne déborde presque plus sur le museau de tanche.

Les sécrétions sont peu abondantes, et surtout devenues transparentes.

Le 25 mai :

Encore quelques glaires translucides sortant du col.

Dans l'ensemble grosse amélioration.

Le 28 mai 1926 :

Il est noté :

Toute la muqueuse vaginale et cervicale est normale, l'ulcération endocervicale déborde à peine sur le museau de tanche.

La pression du col fait encore souder une glaire un peu sanguinolente.

A la fin de ce premier traitement, le 11 juin, le cahier d'observation porte :

Guérie à l'examen.

Etat général bien meilleur.

Cafard guéri.

Encore quelques petites pertes blanches.

Cette malade revient consulter en janvier 1928 pour quelques brûlures en urinant.

A l'examen :

Col utérin d'aspect, de dimension, de consistance et de volume normaux.

Ni ulcération, ni perte cervicale.

Utérus mobile, non douloureux.

Par contre :

Vulve rouge.

Orifices des glandes de Bartholin rouges.

Glandes de Skène malades, violacées.

Le spéculum fait saigner les glandes de Skène et un peu la fourchette.

Le traitement consiste en 5 injections de vaccin gonococcique de l'Institut Pasteur tantôt au niveau des glandes de Skène, tantôt au niveau des glandes de Bartholin.

Le 24 janvier, l'aspect était nettement moins inflammatoire.

Le 31 janvier, la vulve a repris son aspect normal.

Le traitement est cessé le 11 février, mais la malade fut surveillée jusqu'au 13 mars 1928, date où elle fut considérée comme guérie.

Cette malade a répondu à notre convocation, et nous l'avons revue le 16 novembre 1931.

Très bon état général.

Pertes insignifiantes. Règles normales.

Elle fut opérée d'appendicite le 13 mars 1930 par le Docteur Ameline.

A l'examen local : sur le col 2 œufs de Naboth que l'on incise. Aucune métrite.

OBSERVATION N° 5

Mme Ker... L..., 25 ans.

Diagnostic : Métrite colibacillaire.

Traitement : Vaccin colibacillaire I.O.D. par voie rectale.

Cette observation est intéressante parce que cette femme, indemne d'infection gonococcique, a reçu un jour, par erreur, d'emblée un demi-

centimètre cube de vaccin gonococcique dans les glandes de Skène, au lieu d'un demi-centimètre cube de vaccin colibacillaire sous la muqueuse du rectum.

Une telle dose injectée ainsi, pour la première fois, dans le tissu sensible de porte d'entrée, *chez tout sujet infecté par le diplocoque de Neisser* expose à engendrer des réactions très violentes, avec température dépassant 41 degrés (41°,9 dans un cas dû à une erreur).

Chez cette femme, non infectée par ce germe, la réaction fut insignifiante.

Mme Ker... consulte à Beaujon le 27 novembre 1931 pour des douleurs abdominales au début des règles, et pour une constipation opiniâtre.

Vulve claire.

T. V. Tout normal.

Spéculum : Col entr'ouvert. Pertes blanches, comme du lait caillé, peu abondantes.

Métrite étendue, à lésions superficielles.

Frottis : Infection colibacillaire intense, typique.

Le 27 novembre 1931, 1/2 coli-rectum.

Le 1^{er} décembre, la malade dit n'avoir ressenti que des troubles insignifiants. Mais depuis ce jour, *elle va à la selle spontanément chaque matin* et se sent tout à fait bien.

Elle reçoit ce jour par erreur 1/2 Gono-Skène à 11 heures.

Revue le 4 décembre, cette malade nous dit n'avoir ressenti pour ainsi dire aucune réaction : léger frisson une demi-heure après l'injection, vite dissipé. La température a atteint 37°,7 à 2 heures. La malade a mangé normalement à midi et demi.

1 cm³ coli-rectum, suivi de quelques malaises.

Le 7 décembre la malade continua à aller spontanément à la selle et n'a presque plus de pertes.

T. V. : Tout souple.

Spéculum : Métrite en voie d'épidermisation.

1,5 coli-rectum.

Cette malade n'a plus été revue.

B) Groupe 2. — Métrites sans annexite, vaccinées puis fillosées.

Ce groupe comprend 23 malades.

Sur ces 23 malades, 3 étaient atteintes d'arthrites graves qui ont guéri d'une façon parfaite.

Les germes responsables étaient :

Gonocoque seul	14 cas
Colibacille seul	3 cas
Association Gono-Coli	5 cas
Association Gono-Coli-Microbe indéterminé.	1 cas

Sur ces 23 malades, 6 ont été revues de 5 mois à 4 ans (la plupart 3 ans) après la fin du traitement.

Voici le tableau schématisant, dans ce groupe de malades, le bénéfice apporté par la V.R.P.E.

TABLEAU B. 2.

Action de la V.R.P.E. suivie de Filhos sur les métrites.

R. I. après Vaccin	R. I. après Filhos	R. E.
10. ■■■■■■ 7	10. ■■■■■■ 11	10. ■■■■ 4
9. ■■ 2	9. ■■■■■■ 6	9. ■ 1
8. ■■■■■■ 7	8. ■■■■ 4	8.
7. ■■■■■■ 5	7. ■■ 2	7.
6. ■■■ 3	6. ■ 1	6.
5.	5.	5.
4. ■■ 2	4.	4.
3.	3.	3.
2. ■■ 2	2.	2.
1.	1.	1.
0. ■■ 2	0.	0.

Nous publions 9 observations :

OBSERVATION N° 6

Mme Tuy, 29 ans.

Diagnostic : Métrite avec périmétrie colibacillaire en 1930, gonococcique et colibacillaire en 1931.

Traitement : Vaccin : R. I. = 8 — Filhos : 9.

Cette malade fut soignée une première fois en juillet 1930 pour pertes blanches, quelquefois jaunâtres, datant de 5 à 6 mois. Brûlures passagères à la miction. Constipation opiniâtre : une selle tous les 3 ou 4 jours, malgré laxatifs.

L'examen révéla une métrite avec périmétrite. Une glaire intra-cervicale, blanche, fut examinée après étalement sur lame.

Frottis Desquamation et purulence;
Fourmillement de colibacilles;
Nombreux staphylocoques.

La malade reçut 4 injections de coli-rectum qui provoquèrent des réactions nettes avec température aux environs de 39°.

Un mois après, le 12 août 1930, la malade n'avait presque plus de pertes; elle allait à la selle chaque jour spontanément depuis le début du traitement.

Cette malade est revue le 13 novembre 1931, pour une reprise brusque des pertes.

La constipation guérie pendant 3 mois à la suite du traitement de 1930 avait repris peu à peu par la suite.

La malade se sent très fatiguée, souffre du bas ventre.

Examen : Vulve : taches rouges gonorrhéiques au niveau des orifices des glandes de Bartholin, et de la fourchette.

T. V. : Utérus rétroposé; légère périmétrite douloureuse; annexes saines, mais cul-de-sac gauche un peu bridé.

Spéculum : col couleur lie de vin, avec métrite intense.

Aspect clinique d'infection gonococcique récente.

Or la malade affirme n'avoir pas eu de rapports depuis le mois de juin 1931 (5 mois).

Frottis : Infection gonococcique peu intense mais certaine;
Colibacilles nombreux;
Staphylocoques.

Du 16 novembre au 11 novembre 1931 la malade reçut 5 injections de Gono-Skène (1/10 à 6/10 de cm³) avec des réactions thermiques autour de 39°, à la suite desquelles les pertes furent diminuées d'abondance et devinrent blanches. Les taches gonorrhéiques se sont atténuées.

Au T. V. périmétrite légère.

Au spéculum, col objectivement amélioré.

La malade est toujours faible, mais elle a bon appétit.

Du 11 décembre au 18 décembre, la malade reçoit 4 injections de coli-rectum à la suite desquelles les pertes disparaissent presque complètement, les selles redeviennent quotidiennes, la périmétrite s'atténue nettement.

Le 4 janvier 1932 les pertes sont insignifiantes; mais la malade ne va plus chaque jour à la selle. Le toucher vaginal est absolument normal, le col en voie d'amélioration.

Le traitement consiste alors en biscottes de Cellu-Son pour lutter contre la constipation, et 2 injections de staphylo-col avant les cautérisations au Filhos.

2 cautérisations sans incident.

Il faut noter que cette malade a suivi son traitement assez irrégulièrement, à cause des obligations créées par son travail.

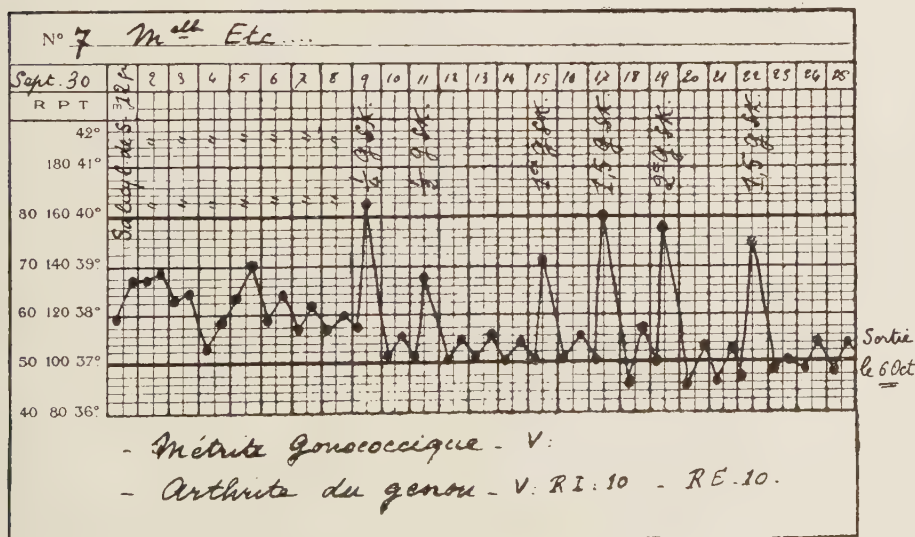
OBSERVATION N° 7 (Dr Cardot)

Mlle Etc..., 25 ans.

Diagnostic : Métrite gonococcique; Arthrite du genou.

Traitement : Métrite : Vaccin : R. I. : 2; Filhos : 6; Arthrite : Vaccin : R. I. : 10. R.E. 10.

Cette observation est d'autant plus intéressante pour nous que c'est la première observation de vaccination régionale par la porte d'entrée dont nous ayons été témoin. Ce fut une des plus démonstrative au point de vue de l'action du vaccin sur les arthrites sévères.



Cette jeune femme fut envoyé le 1^{er} septembre 1930 à l'hôpital de Gonesse, en médecine, avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

Depuis quelques jours elle était soignée par le salicylate de soude sans amélioration.

Lorsque nous l'avons vue avec le docteur Poincloux, le 8 septembre 1930, le genou était enveloppé dans un gros pansement ouaté salicylé.

Le moindre mouvement était horriblement douloureux; genou rouge légèrement œdématisé, mais surtout distendu par une grosse quantité de liquide. Chaleur locale très augmentée, atrophie du quadriceps déjà marquée. Pas d'adénopathie.

La température oscillait depuis 8 jours autour de 38°2.

Le facies était pâle, angoissé.

La ponction exploratrice retira 25 cmc. de liquide séro-purulent.

Le 9 septembre, 1/4 de cmc. de vaccin gonococcique, dans les glandes de Skène. Réaction intense suivie d'une température atteignant 40° 2.

Le lendemain, la malade est transformée; elle a dormi pendant presque toute la nuit, et ne souffre plus du tout spontanément; à l'inspection des deux genoux, il est impossible de reconnaître lequel des deux était le veille aussi volumineux.

Les mouvements sont encore très douloureux. Mais à partir de ce jour, les progrès furent extrêmement rapides, la malade reçut encore 5 autres injections de vaccin dans les glandes de Skènes.

Dès la 3^e injection, le 16 septembre, elle pouvait marcher.

Elle sortit de l'hôpital de Gonesse le 6 octobre 1930, complètement guérie de son genou, mais avec une métrite intense que le vaccin n'avait que bien peu atténuée.

Dans les semaines qui suivirent, elle fut examinée par le professeur Ag. Basset à l'hôpital des Enfants Malades où devait être cautérisée sa métrite.

Il fut impossible à ce moment de reconnaître quel avait été le genou atteint.

Cette malade fut présentée à la Société de Chirurgie par le professeur Basset le 25 janvier 1931.

Nous l'avons revu le 15 février 1932. Fille de salle, elle fournit un travail intensif sans souffrir aucunement de son genou.

Elle déclare ne pouvoir se rappeler lequel des deux genoux fut malade.

La métrite, améliorée nettement par le Filhos, n'est cependant pas complètement guérie.

OBSERVATION N° 8

Mme Sab, 45 ans.

Métrite gonococcique : Vaccin : R. I. : 5; Filhos : 10.

Vient consulter le 15 décembre 1930 pour des pertes jaunâtres et des douleurs du bas-ventre et des reins.

Ces troubles s'accroissent au moment des règles et durent depuis 14 ans.

Diagnostic : Métrite intense du museau de tanche, avec endocervicite.

Reçoit en décembre 1930, 8 injections Gono-Col.

Disparition des douleurs.

Diminution considérable des pertes pendant 5 mois.

Le 5 juin 31. — Les pertes augmentent depuis 1 mois.

Vulve : Papille uréthrale boursoufflée.

Col : Orifice béant, glaire minime, blanc d'œuf cru.

Reçoit 3 Gono-Skène, avec réaction vers 39°5.

Pertes très diminuées et blanches.

Le 19 juin 1931. — Début de cautérisations au Filhos.

Le 23 novembre 1931. — A eu 6 légères cautérisations espacées sans la moindre souffrance.

Revue le 4 janvier 1932.

Va tout à fait bien.

Ne perd pour ainsi dire pas.

Va à la selle chaque jour.

Au spéculum, col normal, dilatable facilement avec la bougie Hégart n° 5.

OBSERVATION N° 9

Mme Dar..., 37 ans.

Métrite gonococcique : Vaccin : R. I. : 8. Filhos : 10.

Vient consulter à Béaujon le 9 janvier 1931 pour fatigue. Pertes blanc-verdâtres depuis plusieurs années. Souvent alternatives de constipation et de diarrhée.

Douleurs rhumatoïdes permanentes, souvent gênantes.

Examen :

Périnée en mauvais état. Cystocèle.

Méat tuméfié, violacé.

Orifices de Bartholin rouges.

T. V. : Annexes saines. Utérus mobile.

Col gros, entr'ouvert, avec métrite externe intense, (ulcération occupant la surface d'une pièce de 2 francs).

Reçoit 4 Gono-Skène.

Le 23 janvier 1931, meilleur état général. *Les douleurs rhumatoïdes ont disparu.* Pertes moins abondantes, blanches.

Reçoit encore 4 Gono-Skène.

Le 13 février : Va de mieux en mieux. Pertes diminuent. Selles régulières et spontanées.

Spéculum : Col moins gros. Ilots d'épidermisation. Les pertes sont blanches.

Le 2 mars : Va bien. Pertes peu abondantes, blanches. Va toujours bien à la selle.

En mars et avril 1931 subit 3 cautérisations au Filhos, puis 5 séances de dilatation. Très bon résultat.

Revue le 12 octobre 1931. Dilatation facile avec Hegar 5. Résultat parfait.

OBSERVATION N° 10

Mlle Bar..., 39 ans.

Métrite gonococcique : V. R.I. : 8. Filhos : 10; R. E. : 10.

Consulte le 27 février 1931 pour pertes jaunâtres très abondantes apparues dans le courant de janvier.

Examen :

Vulve rouge.

T. V. : difficile par suite de la douleur (vaginite) et de la contraction.

Pas de salpingite perceptible.

Le doigtier ramène une grosse glaire épaisse, verdâtre.

Spéculum : Aspect typique de gonococcie.

Col ulcération rose vif étendue.

Frottis : Aspect typique d'infection gonococcique.

A reçu 10 Gono-Skène avec réactions autour de 38°5 au début.

S'est sentie beaucoup mieux dès la première injection.

Le 27 mars, un mois après, n'avait presque plus de pertes.

Se repose pendant un mois.

Le 20 avril, pertes insignifiantes. A engraissé. Bon état général. Bon appétit.

En mai : 2 cautérisations au Filhos.

Revue en octobre 1931 : cinq mois plus tard, complètement guérie.

OBSERVATION N° 11

Mme Bea..., Sol..., 29 ans.

Mérite gonococcique. Vaccin R. I. : 6. Filhos : 10. R. E. : 10.

Bartholinite chronique. V. : R.I. et R.E. : 10.

Vient consulter le 23 février 1931 pour pertes abondantes l'obligeant à se garnir, douleurs du bas-ventre et pesanteurs lombaires.

Antécédents : Bartholinite 3 mois après son mariage, il y a 10 ans, ayant récidivé 4 à 5 fois par an depuis ce moment.

Arthrite du poignet en octobre 1930, soignée par le sulfarsenol intramusculaire et vaccin antigonococcique sous-cutané; actuellement en ankylose totale, mais présentant encore parfois quelques douleurs pulsatives.

Examen 23 février :

Poignet : Ankylose totale, clinique et radiologique.

Vulve : Bartholinite gauche chronique avec issue de muco-pus par l'orifice.

T. V. : Normal.

Spéculum : Col : ulcération formidable, rouge, saignante.

Frottis : Nombreux gonocoques;

Germes colimorphes;

Staphylocoques, enterocoques.

Reçoit 5 Gono-Skène, avec réactions thermiques à 39°, réactions locales nettes (poignet) et régionales (ventre, épaules).

Le 23 mars 1931 :

Etat général transformé.

Poignet toujours ankylosé mais devenu complètement indolore.

Pertes abondantes, mais moins jaunes, moins épaisses.

Bartholinite semble guérie définitivement.

Revient seulement le 21 août 1931 pour persistance de pertes.

7 cautérisations discrètes au Filhos.

Complètement guérie janvier 1932.

OBSERVATION N° 12

Mme Gon..., 23 ans.

Diagnostic : Mérite et périmérite gonococcique.

Traitement : Mérite : Vaccin : R.I. : 7.

Filhos : 8.

2° série de vaccin : 8.

Périmérite : Vaccin R. I. : 10.

Mme Gon... entre à la salle Malgaigne le 5 juillet 1931 pour une douleur brusque survenue 2 jours auparavant dans le pelvis.

Température à l'entrée : 39; nausées.

Le début des troubles remonte à 2 ans, à la suite d'un accouchement. Il consista en pertes verdâtres, cuissos vulvaires et à la miction, parfois douleurs dans le bas-ventre.

Examen du 8 juillet 1931 :

Vulve très rouge.

T. V. très douloureux, avec contracture abdominale; périmérite intense; possibilité de salpingite gauche haut située derrière le corps utérin.

Spéculum : Métrite importante; glaires translucides abondantes.

Le 8 juillet : 1/4 G.-Sk. : Réaction normale.

Le 10 juillet : le T. V. montre que l'utérus est débloqué et indolore à la mobilisation.

La salpingite perçue le 8 n'était que l'utérus rétroversé avec périmérite.

1/2 G.-Sk. suivi de réaction normale.

Le 13 et le 16 juillet, 1 cm³ et 1,5 G.-Sk.

La malade sort de l'hôpital le 21 juillet, 13 jours après son entrée, perdant encore un peu, mais ne souffrant plus. T. V. : absolument normal.

Suivie à la consultation, la malade subit une première cautérisation au Filhos le 24 juillet, 20 jours après sa crise aiguë de périmérite. *Aucune réactivation.*

Le 7 et le 22 août, 2^e et 3^e cautérisations.

Le 11 septembre, le T. V. est normal, l'ulcération du col cicatrisée, la dilatation à la bougie de Hégar n° 5 facile.

Le 16 septembre, la malade fait à l'occasion de ses règles une poussée de périmétrie douloureuse.

Nouvelle série de vaccin, du 16 au 25 septembre (5 injections). Guérison complète.

Revue un mois après, le 26 octobre, cette femme allait très bien. Pas de pertes. Col normal, règles indolores.

OBSERVATION N° 13

Mlle Pic..., An..., 25 ans.

Diagnostic :

Arthrite pseudo-phlegmoneuse gonococcique du poignet gauche, dant de 5 jours.

Métrite gonococcique.

Traitement : Arthrite : Vaccin R. I. : 10.

Métrite : Vaccin R.I. : 7 Filhos.

Cette observation est très intéressante, à plusieurs points de vue :

1° L'arthrite du poignet se présentait comme devant être très grave. Les chirurgiens des hôpitaux qui l'ont vue à son entrée avaient porté un pronostic fonctionnel ultérieur très sombre.

2° L'action de la V. R. P. E. fut immédiate.

3° Trois radiographies faites pendant le mois de traitement n'ont permis de déceler aucune lésion osseuse, pas même la plus petite trace de décalcification.

4° Au cours du traitement, on put noter une trainée de lymphangite sur l'avant-bras malade, avec œdème rouge et légèrement douloureux de la moitié supérieure de la face palmaire de l'avant-bras, manifestement causée par le diplocoque de Neisser.

5° Le résultat fonctionnel sur l'arthrite fut absolument parfait.

Mlle Pic... entre à la salle Malgaigne le 14 novembre 1931 pour arthrite aiguë du poignet gauche et accessoirement pour métrite.

Histoire de la maladie :

Cette arthrite a débuté 4 jours auparavant, brutalement, le soir, par une tuméfaction du dos de la main, un frisson suivi de température

élevée. Une légère douleur concomitante dans le mollet droit a disparu rapidement.

Cette femme a des pertes blanches, fétides, empesant le linge, depuis longtemps. Brûlures en urinant depuis une quinzaine de jours. Fausse couche de 1 mois il y a 2 mois.

Examen du poignet gauche le 15 novembre :

Tout mouvement du bras est abominablement douloureux.

L'ablation du pansement ouaté, et des atelles est très pénible.

Toute la face dorsale de la main, du poignet, et des deux tiers inférieurs de l'avant-bras est rouge vif, œdématisée; la peau est tendue, dépliée, comme amincie.

Il s'agit d'une forme pseudo-phlegmoneuse typique.

Mobilisation active : absolument impossible au niveau du poignet;

Très légère ébauche de mouvements au niveau du 5^e et du 1^{er} doigt.

Mobilisation passive : flexion et extension des doigts possible sur 90 degrés environ, sauf au niveau du pouce dont toute tentative de flexion est abominablement douloureuse.

Au niveau du poignet, pas la plus petite ébauche de flexion, d'extension, ou prono-supination.

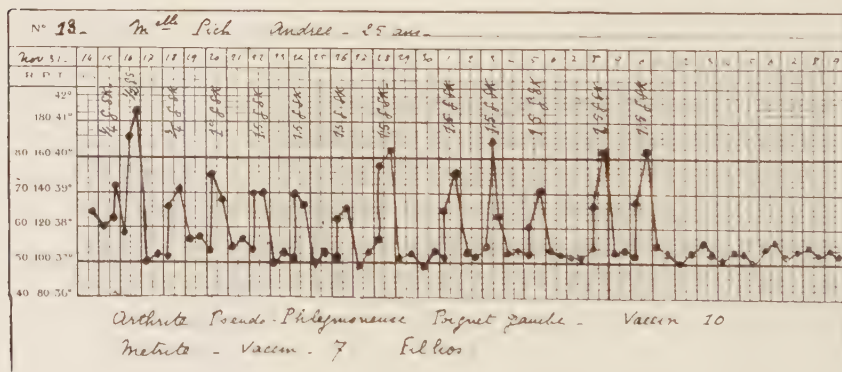
Examen génital :

Vulve très rouge, T. V. : tout souple; utérus parfaitement mobile; pas de salpingite.

Spéculum : métrite externe, endocervicite, glaire flante.

Frottis : gonocoques présents.

Le traitement consistera uniquement pour l'arthrite en 13 injections de vaccin gonococcique par la porte d'entrée, réparties du 15 novembre au 10 décembre. Les réactions focales ont toujours été des plus nettes.



Dès la 2^e injection le 17 novembre, la température est revenue à la normale, l'état général est meilleur, et surtout l'état du poignet est transformé :

Les douleurs spontanées sont nulles; le poignet a très nettement désenflé (voir tableau de mensuration).

La mobilisation est possible en flexion-extension selon un angle de 20 degrés environ, presque sans douleurs.

Le maximum douloureux se trouve toujours au niveau du tiers inférieur de la face dorsale du radius.

L'amélioration s'accroît chaque jour.

Le 23 novembre : début de reprise de tous les mouvements actifs.

Le poignet a repris sensiblement son aspect normal : la peau est toute plissée. La température locale se montre encore un peu plus élevée que du côté sain.

Le 30 novembre, le poignet a son aspect normal; la flexion, l'extension, la prono-supination, ont repris leur amplitude sensiblement normale.

Aucune douleur à la mobilisation, mais la flexion ou l'extension forcées sont encore douloureuses.

COTÉ SAIN	Mensuration au niveau de :	COTÉ MALADE					
		15-11	17-11	20-11	23-11	27-11	15-12
15-11		—	—	—	—	—	—
25	Pli du coude	25,5	24	23,5	23,5	23,5	22,5
16,5	Styloïdes radiale et cubitale	19,5	18	17,5	17	17	16,5
20	Base des 4 derniers Métacarpiens.	21	21	20	19,5	19	19,2

Au point de vue génital, le spéculum montre l'amélioration de la métrite externe, mais il reste une endocervicite intense.

Le 4 décembre, la malade a ses règles.

A cette occasion, la main et le poignet s'œdémaient à nouveau; mais pas de douleurs.

Le 6 décembre, la face dorsale de la main a repris son aspect normal.

Le 8 décembre, une traînée de lymphangite apparaît sur la face palmaire de l'avant-bras, avec plaque œdémateuse bien limitée sur la moitié supérieure de cette face; cette œdème est rouge et légèrement douloureux. Quelques ganglions axillaires sont notés.

On injecte 1,5 G.-Sk. : T° à 40°.

Le 10, la lymphangite va mieux; 1,5 G.-Sk. : T° à 40°.

Le 15 décembre, prono-supination normale; flexion et extension subnormales, souplesse parfaite.

Au spéculum : Endocervicite intense, pertes peu abondantes.

Le Filhos est indiqué.

Le 17 décembre, un mois après la complication articulaire aiguë, premier Filhos, *sans réactivation*.

La malade quitte l'hôpital le 30 décembre, avec un poignet normal, des pertes insignifiantes.

Au T. V. tout normal.

Revue un mois après, le 19 janvier 1932, poignet parfait.

Cependant 2° Filhos.

Pendant le mois de traitement, 3 radiographies du poignet ont été pratiquées ne permettant pas de déceler la plus petite décalcification.

OBSERVATION N° 14

Mlle Pon..., 25 ans.

Arthrite gonococcique. V. R.I. : 7.

Métrite. V. R.I. : 7. Filhos.

Consulte à Beaujon le 4 janvier 1932 pour arthralgie de la Tibio-Tarsienne gauche et des douleurs au niveau des articulations de la main droite.

Début des troubles en septembre 1931.

A dû arrêter son travail en novembre 31 à cause des douleurs.

Pertes jaunes épaisses depuis mars 1931, dont l'apparition coïncide avec la reprise des rapports avec son ami revenant du service militaire.

Bartholinite en avril 1931, qui se vida spontanément et ne se fistulisa point.

Examen : Vulve normale.

T. V. : Utérus mobile. Culs de sac légèrement douloureux, sans salpingite perceptible.

Spéculum : Métrite intense; Glaire verdâtre très épaisse.

Frottis : Infection gonococcique certaine. Vu un gonocoque. Rares colibacilles. La Tibio-Tarsienne gauche est enflée, douloureuse.

Le 4 janvier 1932 : 1/100 G.-Sk.

Le 6 janvier, a eu réaction nette 3/4 d'heure après piqûre, la T° a atteint 39°, durée de midi à 18 heures.

Cette malade a très bien reposé les 2 nuits qui ont suivi la piqûre, car elle n'avait plus les élancements dans le pied qui l'empêchaient de dormir auparavant.

Jambe moins enflée.

Dit souffrir nettement moins.

Pertes déjà très diminuées.

1/50 G.-Sk. Céphalée, frisson 1/2 heure après. T° à 37°8. A dormi pendant la réaction.

Le 9 janvier 1/25 G.-Sk.

Le 11 janvier a eu réaction assez forte. Ne souffre pour ainsi dire plus, même à la marche. Pertes moins épaisses et beaucoup moins abondantes. 1/10 G.-Sk. Réaction très forte. T° à 40°.

Le 13, a ses règles. Se trouve mieux qu'elle n'a jamais été.

Le 18 janvier. — Les règles ont provoqué une poussée douloureuse au niveau de la Tibio-Tarsienne qui a de nouveau un peu enflé.

1/4 G.-Sk.

Le 20 janvier, n'a eu que 37°8.

La Tibio-Tarsienne est encore un peu douloureuse et un peu enflée.

Spéculum : Métrite moins rouge. Endocervite avec glaire.

1/2 G.-Sk. T° 39°5.

Le 22 janvier : Cheville encore un peu enflée, mais indolore. Pertes presque disparues.

1^{er} Filhos léger.

3/4 Gono-Sk.

Toujours en traitement à l'hôpital Beaujon pour les cautérisations de sa métrite au Filhos.

C. — ANNEXITES AMBULATOIRES AVEC METRITE

Cette classe comporte deux groupes de malades :

Groupe 1 : Malades soignées uniquement par le vaccin.

Groupe 2 : Malades soignées d'abord par le vaccin, puis fillosées.

C) Groupe 1. — Annexites ambulatoires avec métrite, soignées par le vaccin seul.

Ce groupe comprend 52 malades, dont 11 ont été revues de 6 mois à 3 ans après la fin du traitement.

Voici le tableau schématisant l'action immédiate et le résultat éloigné obtenus **sur** l'annexite et sur la métrite par la V.R.P.E.

TABLEAU C. 1.

		R. I.	R. E.
ANNEXITES	10.	■■■■■■■■■■■■■■■ (13)	10. ■■■■■■ (6)
	9.	■■■■■■■■■■■■■■■ (14)	9. ■■■■ (3)
	8.	■■■■■■■■■■■■■ (10)	8. ■■ (1)
	7.	■■■■■■■ (5)	7. ■■ (1)
	6.	■■■■ (3)	6.
	5.	■■■ (2)	5.
	4.	■ (1)	4.
	3.		3.
	2.		2.
	1.		1.
	0.		0.
		R. I.	R. E.
MÉTRITES	10.	■■■ (2)	10. ■■■■ (3)
	9.	■■■■■■■■■■■ (9)	9. ■■ (2)
	8.	■■■■■■■■■■■■■■■ (14)	8. ■■ (2)
	7.	■■■■■■■■■■■ (9)	7. ■■ (1)
	6.	■■■■■■■■■ (7)	6.
	5.	■■■■■ (4)	5.
	4.	■■■■ (3)	4.
	3.		3.
	2.	■ (1)	2.
	1.		1.
	0.	■■■ (3)	0.

Les germes responsables étaient :

Gonocoque seul	33 cas
Colibacille seul	6 cas
Association Gono-Coli	11 cas
Association Gono-Coli-Staphylocoque	1 cas
Association Coli-Staphylocoque	1 cas

OBSERVATION N° 15

Mlle Bar..., 21 ans.

Diagnostic : Salpingite gonococcique.
Endocervicite.

Traitement : Salpingite : Vaccin R.I. : 8; R.E. : 10.
Métrite : Vaccin R.I. : 6; R.E. : 6.

Cette jeune femme consulte le 11 janvier 1931.

Histoire de la maladie :

Elle souffre du bas-ventre depuis ses premiers rapports, il y a 3 ans.

Pertes verdâtres depuis ce moment. Soignée à Metz pour blennorragie pendant 6 semaines.

Rechute en juin 1930, après ses règles. A ce moment douleurs intenses dans le bas-ventre, température à 39 degrés. Couchée pendant 8 jours; a perdu du sang pendant un mois. A peu près bien jusqu'en novembre, avec pertes blanches.

En novembre 1930, douleurs, hémorragies.

Le 5 janvier 1931 de nouveau mal au ventre.

Examen le 11 janvier : Douleurs dans le bas-ventre : Constipation. Cœco-ascendant douloureux, gargouillant.

Vulve : Papille uréthrale rouge tuméfiée, orifices de glandes de Bartholin rouges.

T. V. : Utérus dévié à droite par salpingite gauche volumineuse et douloureuse; annexes droites mal perçues du fait de déviation utérine.
Spéculum : Col petit sans ulcération; Endocervicite marquée.

Le 14 janvier : 1/4 G.-Sk. : Réaction faible, surtout subjective. Souffre moins, pertes beaucoup diminuées.

Au T. V. : Salpingite gauche en meilleur état.

1/2 G.-Sk.

Le 19 janvier : Souffre beaucoup moins, presque plus de pertes.

T. V. très amélioré.

1 cmc. G.-Sk.

Le 23 janvier; a eu réaction à 38°6.

T. V. peu de modifications.

1,5 G.-Sk. : Temp. à 39°8.

Le 2 février; la malade se sent beaucoup mieux.

La salpingite gauche est à peine décelable.

1,5 G. Sk. : 39°5.

Le 6 février; plus aucune salpingite décelable, Bartholins non rouges, papille uréthrale moins grosse.

1,5 G.-Sk. : Temp. 39°.

Le 23 février; a eu des règles sans douleur, encore trop longues et trop abondantes, mais sans les nombreux caillots habituels.

Selle quotidienne.

T. V. : Plus aucune salpingite.

Vulve normale, persistance d'endocervicite légère.

Revue en juillet 1931. Résultat parfait au point de vue annexiel. L'endocervicite est toujours présente; la glaire examinée montre de rares gonocoques.

La malade ne suit pas le conseil de traitement qui lui est donné à cette époque.

OBSERVATION N° 16

Mlle Lam..., 25 ans.

Salpingite gonococcique double chronique : Vaccin : R.I. : 7.

Consulte le 9 février 1931 pour salpingite.

Perte avec dysurie depuis les premiers rapports il y a 6 ans.

Hospitalisée il y a 1 an à la Charité pour Salpingite (Propidon).

Constipation ou diarrhée.

Perd en jaune, surtout après les règles.

Vient de faire un avortement de 2 mois 1/2.

Examen : Abdomen : Mac-Burney sensible.

Vulve : moitié inférieure de papille uréthrale saillante.

T. V. : Utérus mobile; Les 2 Salpinx sont volumineux, surtout le gauche, mais peu douloureux.

Traitement : 7 injections Gono-Sk., du 9 février au 9 mars, avec plusieurs réactions autour du 39°5.

La diminution de volume des annexes s'est faite progressivement en un mois, sauf une petite poussée douloureuse et passagère le 23 février, à gauche.

Du 9 au 20 mars, la malade n'est pas vue.

Le 20 mars, la malade a eu ses règles (retour de couches) pendant 5 jours, avec quelques caillots, mais sans douleur.

Elle se sent très bien, mais a encore quelques pertes jaunes.

Au T. V. : L'ovaire gauche est perçu mobile, indolent.

Au spéculum : Métrite et endocervite nécessitant cautérisations au Filhos.

OBSERVATION N° 17

Mlle Gil..., 25 ans.

Annexite gonococcique. Vaccin R.I. : 7; R.E. : 9.

Cette malade consulte le 16 février 1931 pour des pertes verdâtres ayant commencées il y a 3 ans après les premiers rapports et accompagnées de dysurie.

Il y a un mois, douleurs dans le ventre, à gauche.

Ne va à la selle que tous les 4 jours.

Examen. — Vulve : Stigmates d'infection gonococcique.

Les pertes constatées sont blanches.

Col petit, rouge en masse, sans ulcération visible.

T. V. : Utérus normal, rien à droite.

Trompe gauche du volume de l'index; à son extrémité externe, masse un peu sensible semblant être l'ovaire.

Le 16 février. — 1/4 G. Sk. — Température à 38°5.

Le 20 février. — Dit avoir nettement moins de pertes.

1/2 G. Sk. Température à 38°2.

Le 2 mars. — A eu ses règles normales. Depuis les pertes seraient réapparues un peu. Va à la selle chaque jour depuis les piqûres.

1 cc G. Sk. Le 6, le 9, le 13, le 16 et le 20 mars, nouvelles injections avec des réactions autour de 39°.

Le 27 mars. — Pertes disparues. Va tous les jours à la selle.

Au T. V. — Ovaire droit perceptible; bien mobile.

Revue le 16 novembre 1931. — Bon état général; non constipée. — Pertes insignifiantes (1 injection par semaine).

T. V. : Tout souple, indolore.

Spéculum : Tout propre.

OBSERVATION N° 18

Madame Cha..., 24 ans.

Diagnostic : Salpingo-mérite gonococcique; Vaccin : R. I. : 8.

Syndrome génito-entérique : Vaccin R. I. : 9.

Cette femme mariée à 19 ans 1/2, il y a quatre ans, présente depuis cette époque des pertes jaunâtres; les rapports sont douloureux; crise de salpingite il y a 3 ans.

Il y a 2 mois, à la suite de règles douloureuses, recrudescence des pertes.

Depuis 15 jours, douleurs lombaires, cystalgies, pertes jaune-verdâtres, constipation opiniâtre.

Examen du 27 février 1931, à la consultation :

Mac Burney un peu sensible.

Vulve : pas de stigmates d'infection gonococcique.

T. V. : utérus mobile; à droite, légère annexite : trompe dure et grosse comme un crayon.

Spéculum. — Col : mérite externe peu étendue, mais endocervicite nette (endocol en barillet).

1/4 G. Sk. d'épreuve.

Le 2 mars, dit avoir eu une réaction franche avec température à 40°3.

La vessie n'est plus douloureuse, les pertes sont moins abondantes; mais au T. V., l'annexite droite est en légère poussée.

1/2 G. Sk. Réaction nette; temp. 39°3.

Le 6 mars, amélioration nette au T. V. : la trompe est à peine perçue; l'ovaire droit est atteint à bout de doigt, mobile et indolore.

1 cm³ G. Sk.

Le 9 et le 13 mars, 1,5 G. Sk.

Le 16 mars, la malade n'a presque plus de pertes; le T. V. fait juste sentir l'ovaire droit mobile et indolent. Il n'y a plus aucune salpingite.

Le 3 avril, l'état général est bien meilleur, les pertes sont très peu abondantes.

Enfin la constipation a complètement disparu; cette femme va à la selle chaque matin depuis le début du traitement.

C) Groupe 2. — *Annexites ambulatoires avec métrite,*

soignées par le vaccin et le Filhos.

Ce groupe comprend 16 malades, dont 4 ont été revues plus de 6 mois après la fin du traitement.

Les germes responsables étaient :

Gonocoque	12 cas
Colibacille	1 cas
Association Gono-Coli	2 cas

Ci-dessous un tableau schématisant l'action de la V.R.P.E. sur l'annexite et sur la métrite et l'action qu'a eue le Filhos après vaccination.

TABLEAU C²

	R. I. après vaccin.	Etat après Filhos.	R. E.
ANNEXITES	10. ■■■■■■ (7)	10. ■■■■■■ (7)	10. ■■■■ (4)
	9. ■■■■■■ (6)	9. ■■■■■■ (6)	9.
	8. ■■ (2)	8. ■ (1)	8.
	7. ■ (1)	7. ■■ (2)	7.
	6.	6.	6.
	5.	5.	5.
	4.	4.	4.
	3.	3.	3.
	2.	2.	2.
	1.	1.	1.
	0.	0.	0.
MÉTRITES	10.	10. ■■■■■■ (7)	10. ■ (1)
	9.	9. ■■■■ (4)	9. ■■ (2)
	8. ■■ (2)	8. ■■■■■■ (5)	8.
	7. ■■■ (3)	7.	7. ■ (1)
	6. ■■■■■■ (7)	6.	6.
	5. ■■■■ (3)	5.	5.
	4.	4.	4.
	3.	3.	3.
	2. ■ (1)	2.	2.
	1.	1.	1.
	0.	0.	0.

Nous publierons 8 observations :

OBSERVATION N° 19.

Mademoiselle Mar..., 25 ans.

Diagnostic. — Métrite gonococcique. Vaccin R. I. : 8.
Filhos : 10.

Salpingite gonococcique. Vaccin R. I. : 10.

Cette malade consulta pour la première fois le 6 novembre 1928, pour des pertes épaisses, verdâtres, durant depuis 1 mois 1/2 et survenues à la suite de rapports que la malade sait avoir été infectants. Brûlures en urinant.

Examen : Très légère périmétrite.
Métrite externe et endocervicite.
Frottis, infection gonococcique certaine.

Traitement. — 4 injections de vaccin gonococcique dans les glandes de Skène, à la suite desquelles le 24 novembre, la malade ne perd plus du tout, ne souffre plus.

Le 8 décembre, pas de pertes, règles normales le 1^{er} décembre, mais la vulve est encore rouge, l'aspect du col est semblable.

Reçoit encore 6 G. Sk.

Le 8 janvier 1929, pertes insignifiantes, pas de douleurs. — Col : métrite externe presque disparue; endocervicite légère; glaire translucide dans le col.

Arrêt du traitement.

En mars 1929, 2 cautérisation au Filhos.

En mai 1929, semble complètement guérie. Cathétérisme du col facile, avec les bougies de Hégar, jusqu'au n° 6.

Cette malade revient consulter en juin 1930, plus d'un an après la fin du 1^{er} traitement, pour des douleurs dans le bas-ventre.

Pertes insignifiantes.

Au T. V.: salpingite gauche légère.

Au spéculum : Col en parfait état, dilatable facilement jusqu'à Hégar n° 5.

Cette malade reçoit 4 nouvelles injections G. Sk., après lesquelles elle paraît presque complètement guérie.

Cette malade est revue le 8 janvier 1932, consultant pour une grosseur à l'anus survenue un mois auparavant, et d'ailleurs disparue sans avoir laissé de traces.

L'état général est parfait, mais cette femme accuse quelques maux de tête et des malaises, sans doute dus à la constipation opiniâtre.

Examen : Aucun symptôme ne permet de penser que la grosseur anale ait été un chancre syphilitique.

Vulve tout à fait claire.

T. V. tout souple, mais légère douleur à gauche.

Spéculum : col en parfait état.

Quelques pertes blanches.

Frottis : Colibacilles très nombreux; staphylocoques nombreux.

Etant donné la constipation et les colibacilles dans les pertes, on pratique 2 injections de vaccin colibacillaire par voie rectale, qui sont suivies de réactions subjectives.

Depuis la première injection, la malade va à la selle spontanément chaque jour.

Le 11 janvier 1932, l'état général est meilleur, les malaises ont disparu, l'appétit est meilleur, la malade dort bien.

Au T. V. : Tout est absolument souple indolore, normal;

Le traitement est cessé.

OBSERVATION N° 20 (Docteur Poincloux).

Mlle Dec, J., 27 ans.

Salpingite gonococcique. — V. : R. I. 10. — Métrite. — V. 8. — Filhos 10. — Arthrite. — V. R. I. et R. E. 10.

Cette malade consulta au pavillon Bilgrain en juillet 1929 pour une arthrite aiguë du coude droit et pour des pertes assez copieuses liées à l'existence d'une métrite endo et exo cervicale importante (gonocoques présents dans les glaires).

L'arthrite, bien que fort intense, fut presque complètement guérie en moins de 2 semaines par 5 injections de vaccin gonococcique dans les gandes de Skéné.

Après ce premier traitement, il restait :

Une gêne légère des mouvements extrêmes de l'articulation.

Des pertes tout aussi abondantes, et une lésion objective du col utérin.

Le traitement fut repris en novembre 1929.

6 injections de vaccin gonococcique rendirent au coude droit sa fonction tout à fait normale, et modifièrent les pertes qui devinrent blanches et moins épaisses.

L'examen bactériologique permit à ce moment d'incriminer le *Bacterium Coli*.

3 injections de vaccin colibacillaire dans le rectum (réactions très vives pour les 2 premières) diminuèrent la quantité des pertes et surtout réduisirent très notablement les lésions objectives du col.

Le 2 et le 13 janvier 1930 : Cautérisation au Filhos à la Richelot.

Le 3 février : réactions tubaires bilatérales en grande partie calmées après 3 injections de vaccin gonococcique.

4 mois plus tard, après une période de repos, les articulations sont indemnes; le col est normal, les pertes sont nulles; mais les 2 trompes sont encore un peu grosses et dures, quoique insensibles.

4 injections de vaccin gonococcique réduisent cette dernière lésion à peu de chose.

Cette malade, revue à la fin de 1930 et à la fin de 1931, est absolument guérie. Elle a engraisé de 7 kilogs. On ne peut percevoir aucun reliquat de l'infection sévère dont elle a été atteinte.

OBSERVATION N° 21 (Docteur Poincloux).

Mlle Del..., 31 ans.

Méto-salpingite gonococcique. — Grossesse survenue en pleine période de cautérisation au Filhos.

Histoire de la maladie.

Infection au début d'octobre 1930.

Pertes légères; dysurie peu importante pendant cette période.

En janvier 1931. — Cystite aiguë considérée par un bon spécialiste comme cystite gonococcique.

Douleurs très vives, malgré des soins assidus pendant tout le mois de janvier.

En février 1931. — Poussée de salpingite, d'abord du côté droit, puis du côté gauche, pendant le traitement. Des soins persévérants (lavages, Gonagone, repos) poursuivis jusqu'en juillet 1931, améliorèrent la malade surtout au point de vue urinaire, puisque la cystite fut complètement guérie, mais, continuation des pertes et des douleurs pelviennes permanentes, rendant la marche très désagréable.

En septembre. — Traitement à Salies-de-Béarn, qui reste sans aucun effet perceptible.

En novembre. — Consulte le docteur Poincloux qui constate : Exo-cervicite légère, avec endo-cervicite intense. Signes leucocytaires d'infection gonococcique. Au T. V. : Ovaire droit gros et sensible. Un peu de périmérite.

Après 6 injections de vaccin gonococcique par la porte d'entrée, alors que tous les symptômes morbides étaient en nette régression, la malade, à l'approche de ses règles (fin novembre) accuse des douleurs vagues bilatérales dans le pelvis. Les deux ovaires sont un peu gros et douloureux.

Cette réaction annexielle se calme d'elle-même et ne laisse aucune trace perceptible 8 jours après les règles.

Le 18 décembre. — Première cautérisation au Filhos.

Le 30 décembre, le 4 et le 8 janvier 1932 cautérisations à l'iode, et calibrage de la cavité utérine sur bougie de Hégar de 3 à 6.

Le 13 janvier. — 2^e cautérisation au Filhos.

Le 25 janvier. — Cautérisation à l'iode et calibrage aux bougies de Hégar de 3 à 6.

Or, la malade devait avoir ses règles à la fin de décembre.

Malgré leur absence, le docteur Poincloux continua le traitement comme il vient d'être dit, ne pouvant pas croire un seul instant que la malade fût enceinte; et cependant il devint manifeste au début de février, par l'augmentation de l'utérus, qu'une grossesse normale évoluait, grossesse qui s'était établie tout de suite avant ou tout de suite après la première cautérisation (18 décembre) et qui se développait malgré trois cathétérismes complet de l'utérus en janvier, une 2^e cautérisation au Filhos le 13 janvier et un dernier cathétérisme le 25 janvier.

Le traitement fut interrompu dès que le diagnostic de grossesse fut porté.

OBSERVATION N° 22

Mme Ber..., 22 ans.

Méto-annexite gonococcique.

Annexite : R. E. = 10. Métrite V. : R. I. : 6. Filhos : 9 R. E. : 9.

Consulte le 10 avril 31 pour douleurs dans le ventre et les reins, et pertes jaunes obligeant à se garnir.

Premiers rapports à 18 ans, à la suite desquels se produisent des brûlures à la miction; en outre les pertes blanches préexistantes deviennent jaunes et plus épaisses.

Examen :

Vulve rouge. Mœt tuméfié; les orifices des glandes de Bartholin et la face interne des petites lèvres sont très rouges.

T. V. : Utérus un peu gros. Annexes gauches saines; à droite, masse imprécise, externe, semblant être l'ovaire.

Spéculum : Endocervicite et métrite externe intenses.

Le 10 avril, 1/4 G. Sk. Réaction franche.

Cette première injection supprime presque complètement les pertes et diminue les douleurs.

Au T. V. : la trompe droite est mieux perçue.

Le 20 avril, à la 4^e piqûre. Très peu de pertes. Douleurs lombaires disparues. Pesanteur pelvienne à la marche, à droite.

Les rougeurs vulvaires disparaissent.

Le 4 mai :

Les Pertes semblent augmenter.

T. V. : tout souple, ovaire droit perçu.

Spéculum : l'ulcération se cicatrise sur les bords.

La malade a reçu 9 injections de vaccin.

L'Etat général est beaucoup meilleur.

Le 1^{er} juin et le 20 juin 1931, cautérisation au Filhos, puis dilatation jusqu'à fin juillet.

Revue le 23 décembre 31. Pas la moindre perte. T. V. absolument normal. Col parfait, dilatable facilement jusqu'à Hegar 6. Règles normales, indolores. Etat général excellent.

OBSERVATION N° 23

Mme Mal..., 23 ans.

Mérite gonococcique. V. P. I. 7 Filhos : 10.

Salpingite : V. R. I. : 10.

Consulte le 15 juin 1931 pour pertes vertes datant de janvier 31.

Vulve saine.

T. V. : Utérus rétroposé, fixé.

Trompe gauche du volume d'une mandarine, peu douloureuse, mais peu mobile.

Spéculum :

Ectropion rose vif.

Gros crachat verdâtre.

Labo : Suppuration intense, gonocoques présents.

Reçoit 8 Gono-Sk. du 15 juin au 10 juillet, avec plusieurs réactions thermiques autour de 39°,5.

Le 10 juillet. — La malade dit aller très bien, n'avoir que des pertes très peu abondantes, fluides et unicolores.

T. V. : utérus et annexes normaux.

Spéculum :

Endocervicite.

Pertes vertes sortant du col, beaucoup moins abondantes.

4 cautérisations au Filhos à 12 jours d'intervalle, sans la moindre réactivation.

Résultat immédiat parfait.

OBSERVATION N° 24

Mme Roc..., 26 ans.

Diagnostic : Métro-salpingite gonococcique aiguë.

Arthrite pseudo-phlegmonneuse du poignet gauche.

Traitement : Salpingite; Vaccin : R. I. : 8.

Mérite, Vaccin : R. I. : 6. Filhos :

Arthrite : Vaccin R. I. : 9.

Cette observation est particulièrement intéressante à plusieurs points de vue :

1° Cette femme fut adressée au Docteur Poincloux au 15^e jour d'une arthrite du poignet en pleine évolution, malgré sérum antiméningococcique et Gonagone sous-cutané.

Cette arthrite était alors horriblement douloureuse, et s'accompagnait de lésions radiographiques importantes.

La première injection de Vaccin gonococcique par la porte d'entrée, quoique non suivie de réaction thermique enraya complètement le processus inflammatoire, et les dégâts anatomiques furent limités à ce qu'ils étaient au moment de cette première injection.

2° Ces injections de vaccin, dont l'action thérapeutique fut d'emblée indiscutable, ne s'accompagnèrent que d'une réaction thermique très modérée, 38° au maximum pour les 3 premières injections.

3° Les lésions annexielles importantes furent refroidies assez rapidement pour permettre les cautérisations de la métrite au Filhos moins de 2 mois après le début du traitement.

4° Enfin cette malade présenta au niveau d'une main et d'un pied une éruption papulo-squameuse que tout incite à considérer comme d'origine gonococcique.

Mme Roc... est adressée au Docteur Poincloux à la consultation de Beaujon le 23 octobre 1931 par M. le Docteur Beaussenat.

Histoire de la maladie :

Cette malade fut bien portante jusqu'à un accouchement survenu 1 an auparavant, le 5 octobre 1930.

Après l'accouchement, douleurs rhumatoïdes pendant 2 mois. Il y a un mois consulta à Trouville, pour pertes jaunes verdâtres, vaginite, brûlures à la miction, et irrégularité des règles.

Diagnostic porté : métro-salpingite double.

Traitement : 3 injections de Propidon sous-cutané, ovules. Amélioration subjective.

Le 8 octobre, à la suite d'une nuit fiévreuse, polyarthralgies. Le lendemain, le poignet gauche seul est douloureux, mais d'emblée très douloureux.

Le traitement consista alors en sérum antiméningococcique intramusculaire, cachets, compresses, sans amélioration.

La malade revient alors de Trouville à Paris, où un médecin lui conseille des injections sous-cutanées de Gonagone; pas d'amélioration.

C'est 15 jours après le début de cette arthrite que nous avons vu cette malade à la consultation de l'hôpital Beaujon, le 23 octobre 1931. Examen : L'état du poignet gauche domine le tableau clinique.

L'articulation : est maintenue entre deux planchettes tapissées de coton; le seul fait d'enlever avec grande douceur le pansement arrache des cris à la malade. La main mise à nu, il lui est absolument impossible de maintenir sa main dans un plan horizontal.

Face dorsale : pas le moindre relief articulaire : œdème, chaleur locale; maximum douloureux au niveau de la première rangée des os du carpe.

Pas le moindre mouvement actif au niveau des 2°, 3° et 4° doigts. Ebauche au niveau du premier et 5°.

Face palmaire : pour retourner la main, face palmaire en haut, il faut d'innies précautions.

La main, le poignet, et l'avant-bras ne présentent plus les reliefs normaux, ils ont l'aspect « en battoir ».

La radio-carpienne et le carpe sont nettement moins douloureux à la pression qu'à la face dorsale.

La radiographie montre une décalcification déjà très prononcée, les interlignes carpiens et carpo-métacarpiens étant très peu précis.

Examen génital : Abdomen surtout douloureux dans la fosse iliaque gauche.

Au T. V. — Salpingite bilatérale et douloureuse, surtout volumineuse à gauche.

Spéculum. — Grosse métrite du museau de tanche; endocervicite. Glaire verdâtre.

Frottis. — Gonocoques présents.

Reçoit ce jour, le 23 octobre 1931, 1/4 G. Sk. vers 11 heures.

Fait une réaction subjective nette, frisson, tremblement, vomissement.
Mais la température ne dépasse pas 38°.

Dès la nuit suivante le sommeil fut meilleur.

Le 26 octobre. — 1/2 G. Sk. Réaction focale; temp. à 38°.

Amélioration nette : Début de mouvements des 5 doigts; *supporte son poignet en porte à faux*; dort bien, souffre beaucoup moins.

Le 28 octobre. — 3/4 G. Sk. Temp. à 37°,7 sensations focales pendant la réaction, céphalée légère.

La malade affirme que la 3^e injection a encore donné une amélioration sensible.

Sommeil parfait.

Moins de douleurs spontanées diurnes.

Au T. V. — Tout indolore, trompe gauche comme un gros médius.

Trompe droite comme l'auriculaire. Ovaire droit perçu, mobile.

Le 30 octobre. — 1 cm³ G. Sk. Réaction forte, temp. à 39° (cette injection est la seule qui, chez cette malade, aie déclanché de la fièvre). Sommeil parfait. Etat général transformé.

Le 2 novembre. — 1 cm³ 1/4 G. Sk., peu de réaction, flexion des doigts meilleure, ébauche des mouvements du poignet, très douloureux si l'on insiste.

Les reliefs de la main apparaissent.

Le 6 novembre. — 1 cm³ 1/2 G. Sk. Réaction focale légère; temp. à 37°,4. Le pouce aurait fait quelques progrès nouveau.

T. V. : Salpingite gauche comme un abricot, mobile et indolente.

Métrite en voie d'épidermisation légère.

Le 9 et le 12 novembre. — 1,5 Gono. Col., avec des réactions focales nettes, et température vers 38°,4.

En résumé, la malade a reçu 8 injections de vaccin en 20 jours. Le poignet n'est plus douloureux spontanément. Les mouvements des doigts sont faciles, le poignet se mobilise sans douleur sur une étendue angulaire de 30 degrés environ.

Des massages sont commencés en ville.

Le 24 novembre, la malade revient car elle souffre un peu du ventre et perd encore en jaune.

T. V. légère réaction salpingée bilatérale.

Spéculum : métrite encore importante.

A ce moment, un mois après le début du traitement, le poignet est froid, souple.

La flexion et l'extension sont limitées, mais permettent une angulation de 60° facile.

Douleur à la flexion forcée.

Légères douleurs dans le poignet au réveil.

Reçoit encore 3 injections G. Sk. sans réaction thermique.

Le 7 décembre. — Pertes peu abondantes, mais il reste au T.V. deux masses annexielles mobiles et indolentes.

L'opération est conseillée.

La malade n'entre à l'hôpital que le 21 décembre 1931, mais elle ressort de suite, car il n'y a plus au T.V. qu'un ovaire un peu gros mais bien mobile.

Au lieu d'opération, on lui fait le 21 décembre une cautérisation prudente au fillos.

Revient le 9 janvier 1932, 18 jours après le fillos.

A eu un peu mal au ventre pendant une semaine.

Perd encore un peu, mais moins.

T. V. — Utérus parfaitement mobile, indolore, annexes normales, ovaires perçus.

Mais cette femme présente sur toute la face dorsale et palmaire de la main gauche une éruption papulo-squameuse extrêmement prurigineuse.

Plaque analogue, suintante, à la face interne du pied gauche.

Cette éruption étant supposée pouvoir être d'origine gonococcique (1 observation antérieure), on injecte 1/4 G. Sk.; Réaction à 37°, 7.

Le 11 janvier. — Les démangeaisons ont cessé complètement aussitôt la réaction vaccinale achevée. L'éruption de la main disparaît.

Sur le pied se trouvent quelques vésicules, en voie de dessiccation.

Après 2 autres G. Sk., l'éruption est complètement sèche, prête à disparaître : la peau desquame, à la main surtout.

Le 15 janvier, 2° fillos assez appuyé, et 1/2 G. Sk.

Le 20 janvier n'a pas eu mal au ventre après le fillos.

T. V. tout parfaitement souple. Ne perd pour ainsi dire plus.

Le 27 février, le poignet est complètement guéri, froid et souple. La limitation de la flexion et de l'extension permet cependant une angulation de 85 degrés environ.

Sous l'influence du froid, le poignet s'engourdit facilement, la main devenant violacée.

Il n'y a plus trace d'éruption.

Au T. V. tout est absolument normal, si ce n'est que l'ovaire est perçu à gauche, bien mobile et indolore.

Spéculum. — Il persiste un peu d'endocervicite sécrétant une glaire jaunâtre.

Une 3° cautérisation est indiquée.

OBSERVATION N° 25

Mme Mar..., 21 ans.

Salpingite Gonococcique V : R. I. : 8.

Métrite : V : R. I. : 6. Fillos.

Consulte le 18 novembre 1931 pour pertes verdâtres très abondantes, obligeant à porter continuellement une garniture.

Antécédents : pertes blanches étant petite fille et jeune fille, sans changement pendant les 3 premières années du mariage.

1 accouchement en juin 1930.

1 avortement en mai 1931, curetage.

Il y a 1 mois, en octobre, les pertes changent de couleur, deviennent jaunâtres. La malade n'ignore pas qu'elle a été contaminée.

Il y a 3 semaines, brûlures en urinant au moment des règles.

Le 13 novembre 1931. — Ne souffre pas du ventre. Mais perd beaucoup.

Examen :

Vulve : Urétrite intense. Bartholinite droite non fermée suppurante.

Spéculum : Métrite intense du museau de tanche. Endocervicite marquée.

Le col bave du pus.

Frottis : gonocoques très nombreux.

Reçoit 1/10 Gono-Sk.

Le 21 novembre. — A eu réaction forte, 39°, 8.

Pertes nettement moins abondantes.

N'a plus de brûlures en urinant.

A nouveau 1/10 Gono-Sk.

Le 23 novembre. — Réaction nette. Temp. 38°,5.

La bartholinite est guérie, fermée.

On note la présence d'un petit polype urétral.

2/10 G. Sk.

Le 25 novembre. — A été très malade, 39°,9.

Pertes diminuent beaucoup.

T. V. — Cul de sac droit douloureux.

Cul de sac gauche légèrement bridé.

Utérus mobile, indolent.

2/10 G. Sk.

Le 27 novembre. — A eu 38°,7. Ne souffre plus du tout.

Pertes insignifiantes. Accuse pollakiurie.

4/10 G. Sk. Prélèvement d'urine.

Le 30 novembre. — T. V. Tout est souple. Un peu de douleur à droite.

Le culot d'urine contient des gonocoques.

6/10 G. Sk. Réaction à 39°.

Le 2 décembre. — 1 cc G. Sk. Réaction, avec 40° de température.

Le 4 décembre. — N'a plus mal nulle part. Pertes encore vertes.

Pollakiurie diminue.

T. V. — Tout indolent. Cul de sac gauche un peu bridé.

Spéculum. — Métrite saigne facilement.

Cette femme continue à travailler.

Elle revient le 14 décembre. — Souffre du ventre à droite. Attend ses règles qui ont 10 jours de retard.

Au T. V. — Mobilisation utérine douloureuse.

Salpingite gauche douloureuse, assez volumineuse.

Douglas occupé par une masse transversale rétro-utérine, en forme de croissant, douloureuse.

Pas de traitement.

Le 28 décembre 1931. — Souffre toujours du ventre et des reins.

Perd toujours, mais moins.

Urines très troubles.

Attend toujours ses règles. Retard de 3 semaines.

P. V. — La masse du Douglas a disparu. Le Douglas est souple, encore un peu douloureux.

A droite : bride transversale.

A gauche : masse difficilement délimitable.

Frottis: Aucun polynucléaire. Aucune cellule. Cocci et bâtonnets courts Gram + très nombreux. Pas de gonocoques visibles.

Le 4 janvier 1932 :

T. V. indolore, vestiges de salpingite.

Utérus mobile.

Pertes encore abondantes.

Se repose 15 jours au lit avant Filhos,

Le 25 janvier. — Ne souffre plus du ventre. Pertes plus claires.

Toujours pas de règles depuis le 5 novembre, mais n'a pas eu de rapports.

Examen : Vulve plus claire.

T. V. : à droite, masse mobile indolente, rétro-utérine droite, semblant être un gros ovaire.

à gauche : bride transversale.

Utérus mobile, petit.

Spéculum. — Métrite externe s'améliore. Endocervicite.

1° *Filhos léger.*

Le 22 janvier. — Va très bien. N'a pas eu du tout mal au ventre.

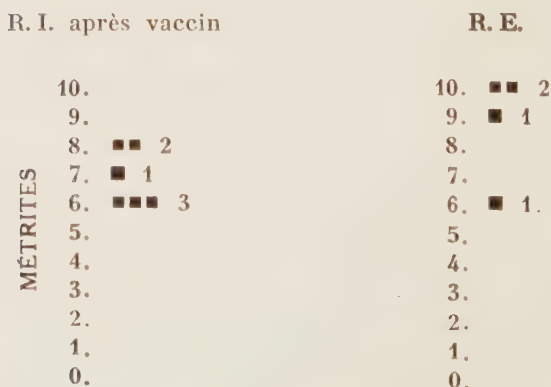
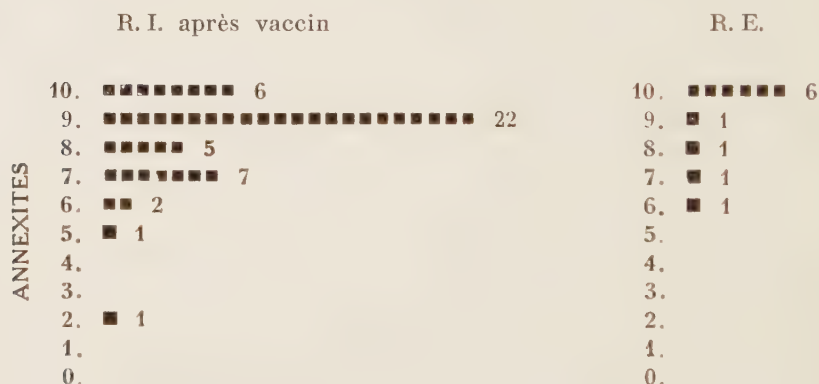
T. V. — Tout souple. Ovaire droit semblable.

Sur le tableau ci-joint, on se rendra compte de l'action de la V.R.P.E. sur les annexites graves.

La métrite, presque toujours associée, a rarement été observée pour son propre compte, les malades n'étant que rarement suivies après leur sortie de l'hôpital. Celles qui ont été revues ont pour la plupart subi des cautérisations au Filhos. (Groupe 2.)

TABLEAU D. 1.

Action du vaccin sur les annexites intenses avec métrite.



Nous publions 8 observations :

Le 17 février. — A eu ses règles qu'elle n'avait pas eu depuis 3 mois, durée 3 jours, avec quelques douleurs dans le bas-ventre. Perd moins (ne se garnit plus jamais). Urines troubles.

Examen :

Vulve subnormale.

Au T. V. tout souple. Trompe gauche perçue.

Col en bon état. Le Filhos semble indiqué.

OBSERVATION N° 26

Mlle Fab..., 23 ans.

Méto-Salpingite gonococcique. Vaccin R. I. : 7. Filhos.

Consulte à Beaujon le 25 novembre 1931 pour pertes très abondantes, jaunes, épaisses, empeant le linge, existant depuis 1 an. Jamais de brûlures en urinant. Bartholinite en janvier 31. Toujours très constipée. Langue sale.

T. V. — Utérus mobile indolore.

Petite salpingite droite. Réaction salpingée à gauche.

Spéculum. — Métrite externe avec endocervicite.

Glaire verdâtre.

Frottis. — Gonocoques nombreux.

Le 25 novembre 1931. — 1/4 G. Sk. Réaction faible.

Le 27 novembre. — Perd moins depuis la piqure et va à la selle chaque jour sans rien prendre.

1/2 G. Sk. Réaction nette, temp. à 39°.

Le 30 novembre. — N'a pas de pertes. Va à la selle chaque jour.

Au T. V. — Tout normal, souple. Ovaire perçu à droite.

Spéculum. — Très légère métrite. La glande de Bartholin droite un peu grosse, secrète une glaire filante et transparente.

Le 4 décembre 31. — 1/2 G. Sk. Réaction à 39°.

Les pertes reviennent un peu. Va moins bien à la selle.

3/4 G. Sk.

Le 7 décembre et le 11 décembre. — 1 cm. et 1 cm. 1/2 Gono-Sk.

Le 18 décembre et le 15 janvier. — Cautérisation au Filhos sans la moindre réactivation dans les trompes.

D. — ANNEXITES INTENSES ALITEES

Cette classe comporte deux groupes de malades :

Groupe 1. — Malades soignées uniquement par le vaccin.

Groupe 2. — Malades soignées par le vaccin, puis filhosées.

D) Groupe 1. — Annexites intenses alitées soignées uniquement par le vaccin.

Ce groupe réunit 44 malades, dont 10 ont été revues de 6 mois à 3 ans après la fin du traitement.

Les microbes en cause furent :

Gonocoque seul	33 cas
Colibacille seul	4 cas
Association Gono-Coli	6 cas
Microbe indéterminé (Obs. n° 32)	1 cas

OBSERVATION N° 27

Mme Cu... Th..., 24 ans.

Diagnostic. — Salpingite gonococcique.

Traitement. — Vaccin R. I. : 9.

Cette femme entre à la salle Malgaigne le 1^{er} janvier 1931 pour des douleurs abdominales généralisées à type de coliques.

Ces douleurs ont débuté dans le bas-ventre brutalement pendant la nuit.

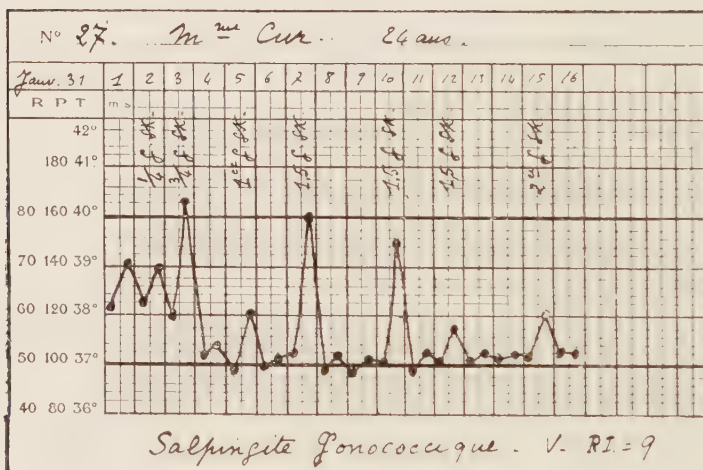
Dans les antécédents on retrouve deux crises analogues, mais moins violentes, en décembre 1929 et en janvier 1930.

Le 2 janvier, la malade souffre encore au point de ne pouvoir bouger; elle a vomi à plusieurs reprises.

Examen. — Palper abdominal : muscles sur la défensive, surtout à l'hypogastre et dans la fosse iliaque droite.

Vulve : moitié inférieure de la papille urétrale rouge et boursofflée.

T. V. : utérus bloqué, très douloureux, cul de sac droit très douloureux; cul de sac gauche douloureux.



Le 2 janvier. — 1/4 G. Sk. : pas de réaction.

Le 3. — 3/4 G. Sk. Réaction normale, forte, temp. 40°, 4.

La température tombe à la normale et y restera.

Le 5. — Le T. V. est beaucoup moins douloureux.

1 cm³ G. Sk. Temp. à 38°.

Le 7, le 10 et le 12. — 1,5 G. Sk. avec des réactions allant en s'atténuant.

La malade va beaucoup mieux; au T. V. l'utérus se débloque. Il ne reste plus derrière l'utérus qu'une petite masse grosse comme une noisette.

Le 15 janvier, au T. V. l'utérus est mobile, indolore; les annexes ne sont pas perceptibles; la noisette rétro-utérine a presque disparu.

La malade sort de l'hôpital le 16 janvier 1931.

OBSERVATION N° 28

Mme Mar..., 26 ans.

Diagnostic. — Salpingite gonococcique. Vaccin R. I. 6.

Cette femme ayant subi une appendicectomie dans le service revient

à la salle Malgaigne pour une petite fistule consécutive à son opération, le 25 février 1931.

Ablation d'un fil de lin le 1^{er} mars.

Le 10 mars, la malade se plaint de son ventre. Elle a des pertes verdâtres, avec brûlures à la miction.

Son mari est atteint de blennorrhagie.

Examen : Fosse iliaque gauche extrêmement douloureuse.

T. V. : col normal de forme et de position.

Salpingite droite volumineuse.

Cul de sac gauche douloureux.

1/4 G. Sk. Réaction nette 39°,4.

Le 12 mars, utérus un peu sensible à l'impulsion brusque.

T. V. : à gauche, tout normal.

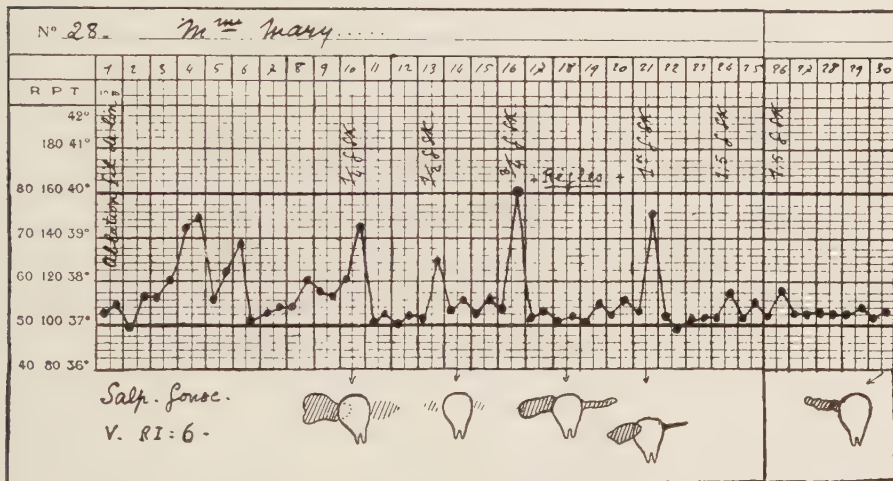
à droite, cul de sac un peu empâté.

Le 13. — 1/2 G. Sk. Temp. à 38°,5.

Le 16. — Utérus indolore à la mobilisation; à droite et à gauche le paramètre est souple et normal.

Petite masse encore douloureuse à la pression en arrière de l'utérus.

3/4 G. Sk. Réaction nette avec temp. à 40°.



Le 18 mars, à l'occasion des règles, réactivation.

Au T. V. : douleur à la mobilisation de l'utérus, trompes droite et gauche nettement perçues.

Le 21, le T. V. fait sentir à droite une masse pré et latéro-utérine grosse comme un abricot.

À gauche, la trompe est à peine perçue.

1 cc. G.-Sk. Temp. à 39°,5.

Le 24 et le 26, 1,5 G. Sk.

La malade sort le 2 mars 1931 en bon état subjectivement, mais la trompe droite est encore perceptible, dure et indolente.

OBSERVATION N° 29

Mlle Ga... Ge..., 21 ans.

Diagnostic : Salpingite gonococcique intense, Métrite endocervicale.

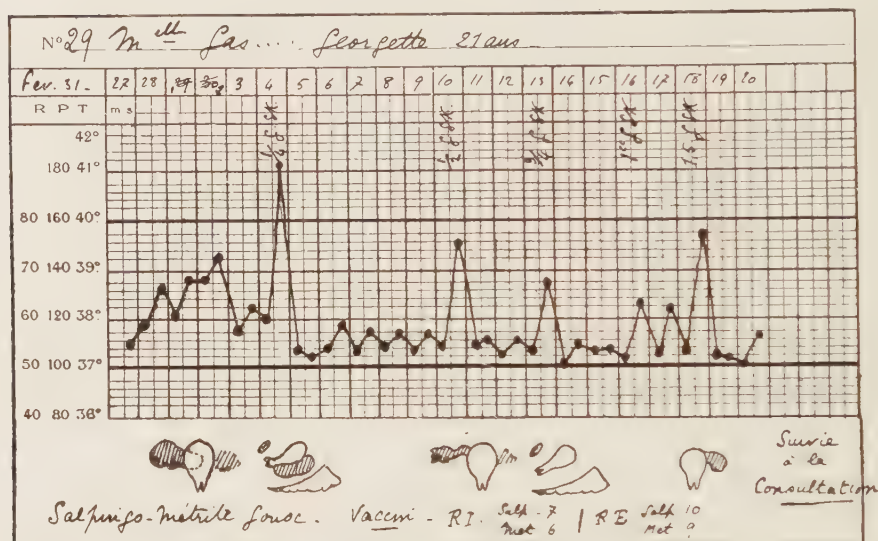
Traitement : Salpingite : Vaccin R. I. 7, R. E. 10.

Métrite : Vaccin R. I. 6, R. E. 9.

Entre à l'hôpital Beaujon le 27 février 1931 pour des douleurs violentes dans le bas-ventre à droite, datant de quelques jours. Des pertes jaunes verdâtres et des brûlures à la miction existent depuis un mois.

Tenue en observation jusqu'au 3 mars avec de la glace sur le ventre; la température augmente, dépasse 39° , puis retombe à $38^{\circ},2$.

Le 3 mars, le T.V. fait sentir une masse douloureuse et très dure dans le cul de sac postérieur et droit. Cette masse refoule le col en avant. Le cul de sac gauche est empâté.



Le 4 mars, 1/4 G. Sk d'épreuve. Réaction intense avec température dépassant 41° degrés.

Le 5 mars la malade ne souffre pour ainsi dire presque plus, la température est tombée à $37^{\circ},4$ le matin, $37^{\circ},2$ le soir.

Le 10 mars, au T. V. la salpingite est beaucoup moins dure et moins volumineuse.

1/2 G. Sk., temp. $39^{\circ},5$.

Le 12 mars, le T. V. est indolore; la masse postérieure a complètement disparu, la salpingite droite a diminué de plus de moitié.

Le 14 mars, cul de sac gauche toujours légèrement empâté; trompe droite à peine perceptible.

Pertes très peu abondantes, blanches.

Le 18 mars. — Au T. V., on ne perçoit plus rien d'anormal dans le cul de sac droit; par contre, à gauche, se trouve une masse para-utérine du volume d'un abricot. Douglas absolument souple.

La malade sort de l'hôpital le 20 mars.

Le 27 mars elle revient à la consultation; elle ne souffre plus du tout et a repris son travail de femme de chambre.

Quelques pertes blanc-jaunâtres persistent.

T. V. : Mobilisation utérine indolore, cul-de-sac droit normal, cul-de-sac gauche légèrement bridé.

Spéculum : Pertes jaunâtres bavant du col.

Au niveau du col, petit ectropion rose vif péri-griffiel.

Endocol en barillet.

Frottis : Aspect typique d'infection gonococcique.

Une nouvelle série d'injection est conseillée.

Elle n'est commencée que le 10 avril 1931.

Trois injections sont faites du 10 au 20 avril. A ce moment T. V. normal; presque pas de pertes.

Le 27 avril la malade revient après avoir eu ses règles; celles-ci ont provoqué une poussée douloureuse pendant 3 jours dans les deux fosses iliaques.

Le T. V. révèle une salpingite droite dure et douloureuse.

Le cul-de-sac gauche est bridé.

Deux injections (1,5 et 2 cc. Gono-col.) sont pratiquées le 27 avril et le 1^{er} mai 1931, à la suite desquelles les douleurs sont complètement calmées; mais il persiste à droite une trompe de volume d'une mandarine mobile et indolente.

Cette malade ne revient nous voir que 7 mois plus tard, le 20 novembre 1931, sur notre convocation.

Elle prétend n'avoir pas souffert du tout depuis la fin du traitement. Les pertes sont insignifiantes et blanches; les règles sont normales.

Au T. V. tout est absolument normal, la vulve est saine, le col ne présente aucun ectropion muqueux.

Cette malade a augmenté de plusieurs kilogs et se dit en très bonne santé.

OBSERVATION N° 30

Mme Roy..., 29 ans.

Diagnostic. — Périmétrite colibacillaire, Salpingite.

Traitement. — Vaccin R. I. : 8.

Entre à l'hôpital Beaujon le 17 janvier 1931, pour douleurs violentes dans le ventre depuis 2 à 3 mois. Pertes blanches, diarrhée fréquente. Règles très peu abondantes.

A déjà eu 3 grossesses dont un accouchement prématuré (enfant mort) et un avortement.

Soignée en juillet 1929, pour salpingite double (10 jours à Saint-Louis). Depuis ce moment pertes blanches très abondantes.

Le 17 janvier, symptômes d'infection colibacillaire; au T.V., salpingite douloureuse bilatérale.

Le 24 janvier, début d'une série de vaccin colibacillaire par voie rectale, sans grosses réactions thermiques.

Le 6 février, diarrhée tarie; les selles sont normales. Pas de douleurs abdominales, règles normales.

Au T. V. — Utérus mobile, indolore, un peu collé en arrière.

Cul-de-sac libre, pas de pertes.

Point appendiculaire persistant.

Opérée le 17 février, ablation de l'appendice qui est scléreux, mais coudé à angle aigu à sa partie moyenne, adhérent d'autre part à l'anse grêle.

Suites opératoires parfaites, maximum de température 38°,1 le lendemain de l'opération.

OBSERVATION N° 31

Mlle Cas... Si..., 25 ans.

Diagnostic. — Salpingite colibacillaire, constipation.

Traitement. — Vaccin R. I. : 9.

Entre à Beaujon salle Malgaigne, le 1^{er} mai 1931, avec le diagnostic de crise d'appendicite, ayant débutée le 28 avril par une douleur dans le bas-ventre à droite, accompagné d'un vomissement.

Le 2 juin 1931, on réveille au point de Mac Burney, une douleur légère sans défense pariétale.

La malade dit avoir des pertes blanches, quelquefois jaunes, épaisses, tachant le linge. Elle est toujours très constipée, n'a pas été à la selle depuis deux jours.

La vulve est saine d'apparence.

Le T. V. révèle une douleur dans le cul-de-sac gauche, qui est occupé par une petite masse grosse comme un abricot.

Léger empatement à droite.

La température est à 37°,6.

Le diagnostic étiologique étant imprécis, on pratique une injection d'épreuve de 1/4 G. Sk.

Le 3 juin la malade dit avoir eu une réaction : céphalée, bouffées de chaleur, douleur dans le ventre.

En effet la température est montée à 38°,7. Toujours pas de selle.

Le 4 juin 1/2 G. Sk. Pas la plus petite réaction.

L'étiologie gonococcique est alors repoussée.

Le 6 juin, la malade n'ayant pas été à la selle depuis 5 jours, on pratique 1/2 Coli Rectum.

La piqûre ne provoque ni réaction thermique, ni malaise; simplement un peu de pollakiurie, quelques douleurs abdominales. *Mais la malade a été à la selle deux fois dans l'après-midi, normalement.*

Le 7 juin les règles apparaissent avec 10 jours d'avance.

La malade sort de l'hôpital ne souffrant plus du ventre.

Suivie à la consultation.

Le 11 juin la malade revient, ses règles terminées.

Au T. V. — Tout souple, la masse gauche est encore légèrement perçue.

Mais surtout l'intestin continue à fonctionner régulièrement; c'est ce dont la malade est le plus satisfaite, car depuis toujours dit-elle, elle était obligée de prendre chaque jour des laxatifs pour aller à la selle tous les deux ou trois jours.

Le traitement est continué le 11, le 15, le 18 et le 22 mai. Chaque injection donnant une réaction subjective accompagnée de peu de température.

A la fin du traitement, l'état général est parfait; les selles quotidiennes, les pertes insignifiantes.

La malade est revue le 22 juin, un mois après la fin du traitement; elle va toujours régulièrement à la selle; quelques pertes blanches persistent, peu abondantes.

Au T. V., au spéculum, tout normal.

Le 28 décembre 1931, la malade est venue consulter à la suite d'une fausse couche de 2 mois 1/2.

La constipation, complètement disparue jusqu'en fin novembre semblait reprendre depuis un mois.

Elle ne souffrait plus du tout du ventre, et l'état général était excellent.

OBSERVATION N° 32

Mme Viz...

Pelvi-Péritonite post-abortive avec Hémoculture positive au streptocoque.

Traitement. — Propidon Col - R. I. : 9.

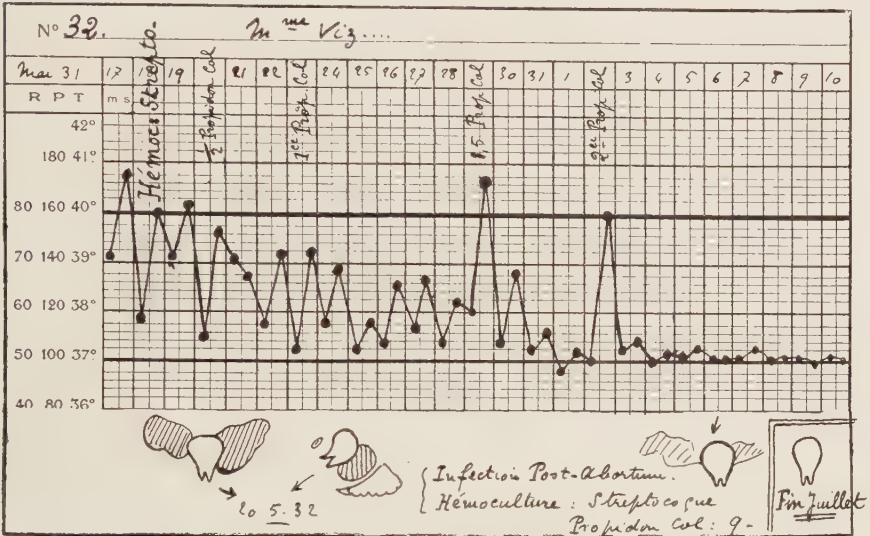
Cette femme entre à la Salle Malgaigne le 17 mai 1931 avec le diagnostic d'infection puerpérale post-abortive. Etat général grave. Température oscillante. Pouls à 120. Quelques frissons.

Au T. V. — L'utérus ne semble pas très augmenté de volume. Mais il est fixé par une double réaction salpingée intense, dont les limites sont difficiles à préciser, mais qui bombe dans le Douglas, et qui, à ce niveau, est abominablement douloureuse.

Faute de connaître le germe responsable, on injecte le 20 mai $1\frac{1}{2}$ cm³ de Propidon dans le col utérin. Réaction intense, avec amélioration de l'état général dès le lendemain.

La température décroît.

Le résultat de l'hémoculture pratiquée à l'entrée de la malade révèle du streptocoque.



L'état général étant bien meilleur, on continue le même traitement. La malade sort le 10 juin avec un état général bon, sans la moindre température.

Au T. V., les cul-de-sac, droit et gauche sont encore un peu empâtés. Revue quelques semaines plus tard en parfait état.

OBSERVATION N° 33

Mme Jow...

Salpingite droite gonococcique. Péricérite.

Vaccin R. I. : 9.

Entre à la Salle Malgaigne le 7 juin 1931 pour douleurs dans le ventre et brûlures en urinant.

Température à l'entrée 38°,5.

Repos et glace jusqu'au 22 juin.

La température s'était abaissée autour de 37°,5 du 13 au 19 juin, mais remonte, malgré le repos, du 19 au 22 atteignant ce jour 38°,5.

Le 22. — Examen : Défense abdomino-pelvienne à droite.

Utérus fixé et très douloureux. Péricérite intense.

Réaction salpingée du côté droit.

1/4 G. Sk. Réaction nette.

Le 24. — La température est tombée le lendemain de la piqûre à 37°,3.

Au T. V. : Amélioration très sensible. Utérus mobilisable. On sent une masse à sa face postérieure, supposée être le salpinx droit prolabé.

Le 27 juin, 1/2 Gono-Sk. Toute douleur a disparu. Pas de brûlures à la miction.

Le 27, le 29 juin et le 1^{er} juillet. — Un centimètre cube Gono-Sk., avec réactions fortes proches de 40°.

Le 1^{er} juillet. — Objectivement et subjectivement guérie, en 8 jours de traitement effectif.

OBSERVATION N° 34

Mme Pau...

Salpingite droite gonococcique.

Vaccin R. I. : 9.

Entre à la Salle Malgaigne à Beaujon le 16 juillet 1931 pour douleurs dans le ventre.

Au T. V. — Salpingite droite du volume d'une grosse mandarine arrondie dont le volume excède de beaucoup celui de l'utérus. Elle bombe dans le cul-de-sac latéral droit et son pôle supérieur dépasse le fond utérin. Température autour de 38°.

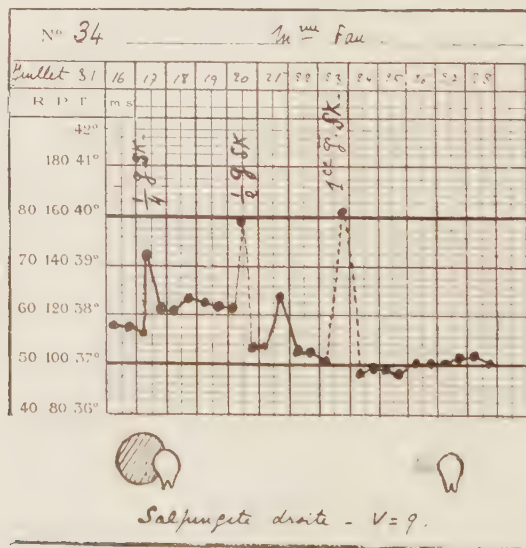
Reçoit 3 injections Gono-Skène.

Le 27 juillet. — Utérus mobile, indolore, volumineux.

Cul-de-sac droit un peu empâté et c'est tout.

La salpingite droite a disparu.

La malade ne souffre plus du tout et sort le 29 juillet.



OBSERVATION N° 35

Mme Gen..., 27 ans.

Salpingite gonococcique intense soignée pendant un mois sans succès par le repos et la glace.

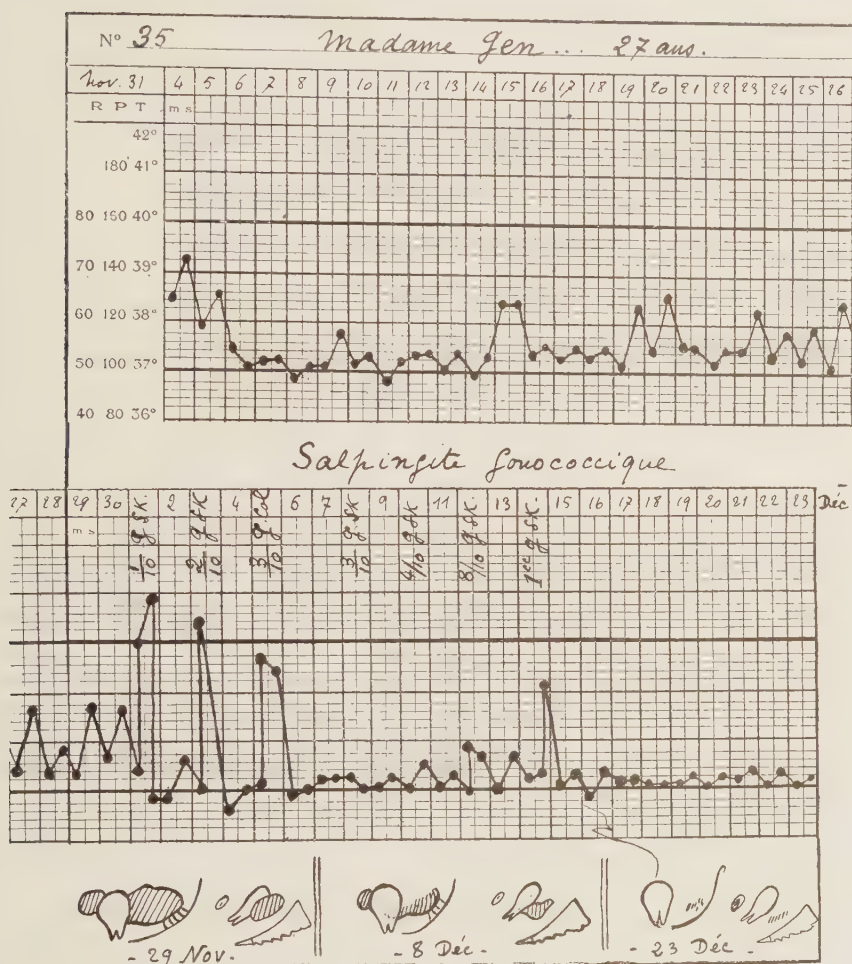
Dès l'emploi de la V.R.P.E., la malade est complètement soulagée, et en moins d'un mois, les grosses lésions objectives se résorbent.

V. R. I. : 8.

Mme Gen... entre à la salle Malgaigne le 30 novembre 1931, venant de la salle Robert où elle était restée près d'un mois.

Antécédents. — Constipation et pertes blanches depuis l'enfance.

Mariée il y a 15 mois : pertes sans changement. Enceinte : gros-



sexe normale, accouchement et suites normales.

Elle était entrée à la salle Robert le 4 novembre 1931 pour une crise très douloureuse du pelvis; depuis le début d'octobre, elle avait remarqué des pertes jaune verdâtre.

Pendant son séjour à Robert en novembre, les douleurs intenses du début se sont un peu calmées, sous l'action du repos absolu et de la glace. La température est redevenue subnormale. (Voir courbe de température n° 34.)

Mais des douleurs lancinantes ont toujours persisté, empêchant la malade de dormir; des crises douloureuses plus violentes survenaient de temps en temps.

Une de ces crises, plus intense, et accompagné de fièvre, survenue le 29 novembre, motiva son transfert à la salle Malgaigne.

L'examen génital montra alors qu'il s'agissait d'une salpingite bilatérale intense surtout marquée à gauche où la tumeur annexielle adhérait à la paroi pelvienne.

Utérus fixé; mobilisation très douloureuse.

Le 1^{er} décembre. — 1/10 G. Sk. Réaction intense à 40°,9.

Le 2 décembre. — Le lendemain, la malade dit avoir très bien dormi la nuit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus d'un mois. Elle ne souffre plus, la température est tombée et restera à 37°.

Le 3 décembre. — 2/10 G. Sk. Temp. à 49°,5.

Le 4 décembre. — La malade se sent très bien.

Au T. V. Très grosse amélioration.

Le col se mobilise.

La masse droite est à peine perceptible, mollassse.

La masse gauche est toujours aussi grosse, mais moins douloureuse; elle se mobilise un peu. Elle bombe un peu plus dans le Douglas et est douloureuse à la pression à ce niveau.

Le 5 décembre. — 3/10 G. Col. auquel on avait adjoint pour des raisons expérimentales 20 centigrammes de Benzo-Bismuth. Réaction forte. Temp. à 39°,7.

Nouvelles injections de Gono-Skène le 8, le 10, le 12 et le 14 décembre, avec des réactions très faibles, sauf la dernière de 1 cmc qui donna 39°,1.

Le 14 décembre, on ne fait plus de vaccin. L'utérus est progressivement devenu indolent aux tentatives de mobilisation, puis mobilisable facilement.

La masse gauche a diminué progressivement, tout en restant adhérente à la paroi.

Il persiste dans le Douglas un point douloureux à la pression.

La malade ne perd plus du tout.

Le 18 décembre, même état, mais le point douloureux du Douglas a disparu.

Le 20 décembre, amélioration progressive; la zone adhérente à gauche a diminué.

Le 23 décembre, il reste une petite zone dure et indolente dans le Douglas et quelques tractus adhérents à la paroi pelvienne, à gauche.

Le 29 décembre, l'état général et local est toujours aussi bon.

Le 8 janvier, état général parfait.

T. V. absolument normal.

Au spéculum : le col est intact, pas la moindre sécrétion.

Part en convalescence au Vésinet le 12 janvier 1932.

D) Groupe 2. — Annexites intenses alitées, soignées d'abord par la V.R.P.E., puis fillosées pour guérir la métrite.

Ce groupe comprend 6 malades, dont nous publierons 5 observations.

Ce sont les malades qui, d'abord soignées en salle pour une annexite grave, sont revenues à la consultation pour faire soigner leur métrite.

Toutes ces malades étaient infectées par le gonocoque. Une malade (Obs. 35) était en plus colibacillaire.

Chez une seule de ces malades (Obs. 36), une réactivation de la salpingite survint 15 jours après la première cautérisation au Filhos, sans doute à la suite de la dilatation du col. La reprise du vaccin calma aussitôt cette poussée inflammatoire.

TABLEAU D. 2.

R. I. après vaccin	R. I. après Filhos
10. ■■ (2)	10. ■■■■ (4)
9. ■■■■ (4)	9. ■■ (2)
8.	8.
7.	7.
6.	6.
5.	5.
4.	4.
3.	3.
2.	2.
1.	1.
0.	0.

R. I. après vaccin	Etat après Filhos
10.	10. ■■■■ (2)
9.	9. ■■ (2)
8. ■ (1)	8.
7. ■■ (2)	7.
6.	6.
5. ■■ (2)	5.
4.	4.
3.	3.
2.	2.
1.	1.
0. ■ (1)	0.

Nous publions 5 observations :

OBSERVATION N° 36.

Madame Cav..., 37 ans.

Diagnostic : Salpingo-mérite due à l'association gonocoque-colibacille, chez une femme basedowienne généralement constipée.

Traitement : Salpingite : Vaccin R. I. : 10. — Mérite : Vaccin R. I. : 8. Filhos : 10. — Syndrome entéro-génital R.I. : 9.

Vient consulter le 28 avril 1931, pour douleurs dans le ventre surtout à gauche et à la marche, datant de très longtemps, avant les premiers rapports.

Pertes blanchâtres, peu abondantes, comme du lait caillé.

Pollakiurie, 4 à 5 fois le matin, 2 fois la nuit, sans brûlures à la miction.

Constipation depuis toujours.

La malade a été opérée en 1918. Incision transversale sus-pubienne, pour salpingite et appendicite?? — A signaler Basedowisme très net (Pouls à 104, exophtalmie légère, agitation.)

Examen : Vulve très peu rouge.

T.V. : Utérus fixé.

Masse salpingée à gauche, peu douloureuse, assez libre.

Spéculum : Col gros.

Ectropion muqueux rouge en haut et à droite.

Entre à l'hôpital le 30 avril 1931, salle Malgaigne.

Le 4 mai, état identique. Epreuve G.Sk. : 1/4 cmc. Réaction nette.

Température à 39°,3.

Soulagée le lendemain 5 mai, mais reprise des douleurs dans la nuit du 5 au 6.

Le 6 mai : utérus plus mobilisable, mais la salpingite gauche semble plus douloureuse. 1/2 G. Sk., température à 38°9.

Le 8 mai au T.V. : tout est beaucoup plus souple, pas de salpingite perceptible.

Le 11 mai, 1 cmc G. Sk. température . 38°,5.

Le 13 mai, tout est souple, au T.V., mais légère douleur persistante à la mobilisation utérine.

Cul de sac gauche encore un peu bridé.

Ne va à la selle que difficilement avec lavements.

Etant donné : la Pollakiurie, la constipation, les pertes lait caillé, une amélioration constatée antérieurement par le Colitique Astier :

1/2 Coli-rectum : Réaction subjective, céphalée.

Selle spontanée le lendemain.

A partir de ce jour, la malade a été à la selle spontanément chaque jour (au moins jusqu'au 20 novembre 1931, date à laquelle elle est venue nous voir sur notre convocation).

Le 20 mai et le 22 mai, 1 cmc et 1 cmc, 5. Coli-rectum.

Le 23 mai, la malade quitte l'hôpital, se sentant très bien, allant à la selle tous les jours, ne souffrant plus du ventre, pertes blanches insignifiantes.

Pas de salpingite.

Mais l'ectropion muqueux du col persiste, quoique en régression, moins rouge et moins saillant.

Revue le 1^{er} juin à la consultation.

A eu ses règles, sans douleurs, ce qui ne se produisait jamais.

Pas de pertes, pas de douleurs, va à la selle chaque jour.

Au T.V. : Tout mobile, sans salpingite.

1^{er} Filhos (1 mois après son entrée à l'hôpital).

Le 4 juin, a souffert un peu du ventre après la cautérisation, ne souffre plus.

T. V. non alarmant.

Le 12 juin, 2^e cautérisation au Filhos.

Le 26 juin, cathétérisme facile jusqu'au n° 6 des Bougies de Hegar.

Le 2 juillet, 3^e Filhos.

7 séances de dilatation jusqu'au 5 octobre. Hégar n° 6 facile.

Revue le 20 novembre 1931, très bon état général, bon appétit, langue propre, pas de pertes du tout, bien réglée. Va à la selle tous les jours.

T.V. normal, col intact.

OBSERVATION N° 37.

Mademoiselle Cay..., 25 ans.

Salpingite gonococcique. Vaccin : R.I. : 10.

Métrite : Vaccin R.I. : 6. Filhos : 10.

Le 10 juillet 1931, consulte pour pertes jaune-verdâtres depuis quinze jours, avec douleurs dans les reins et le bas-ventre.

Point douloureux permanent à droite.

Légère dysurie il y a un mois, pendant 4 à 5 jours.

Examen : Vulve : méat et orifices des glandes de Bartholin un peu rouges.

T.V. Trompe droite grosse comme un orange œdémateuse, pas très douloureuse.

Spéculum : le col présente deux petites zones ulcérées près de son orifice.

Frottis : nombreux gonocoques.

Traitement : Série de 6 injections de vaccin gonococcique dans les glandes de Skène.

Le 24 juillet, amélioration objective très importante : la salpingite droite est à peine perceptible.

Cependant la malade ressent encore quelques élancements à droite.

Au spéculum : les ulcérations du col ont disparu. Une endocervicite persiste, sécrétant une glaire peu abondante ayant l'aspect de blanc d'œuf cru.

Frottis : Gonocoques présents.

Sort de Beaujon le 7 août; suivie à la consultation.

Le 21 septembre, la malade se sent très bien, mais ressent encore quelques pesanteurs lombaires, et présente des pertes blanches dues à son endocervicite.

Le 28 septembre et le 18 octobre, cautérisations au Filhos sans réactivation de la salpingite.

Le 4 novembre, l'endocervicite n'est pas encore guérie et sécrète quelques glaires contenant encore des gonocoques. Dilatation aux bougies de Hégar jusqu'au n° 5.

Le 6 novembre, à la suite des dilatations, une légère réaction salpingée se produit à droite.

Nouvelle série de 4 G. Sk.

Le 16 novembre, T.V. rigoureusement normal.

Spéculum : col très bon aspect.

Le 27 novembre, le frottis d'une petite glaire prélevée dans l'endocol montre encore quelques gonocoques. 3^e cautérisation au Filhos, suivie de séances régulières de dilatations.

A partir de ce jour, tous les examens cliniques ont été négatifs. Depuis le 13 janvier 1932, 3 examens microscopiques des sécrétions utérines ont été négatifs.

Cette malade, gravement infectée, qui a correctement suivi le traitement, a obtenu un résultat parfait.

OBSERVATION N° 38.

Madame Lio., 33 ans.

Salpingite : Vaccin : R.I. : 9.

Métrite : Vaccin : 5. — Filhos : 9.

Cette femme est envoyée par son médecin à l'hôpital Beaujon, avec diagnostic de : Salpingo-métrite gonococcique, avec gonocoques présents à l'examen.

Elle avait, étant jeune fille, des pertes blanches. Depuis plusieurs années, elle a des pertes jaune-verdâtres. Mais depuis 15 jours :

Les pertes verdâtres ont augmenté d'abondance;

Poussée douloureuse dans le bas-ventre avec vomissement;

Température à 38°.

Examen à l'entrée, le 21 août 1931 :

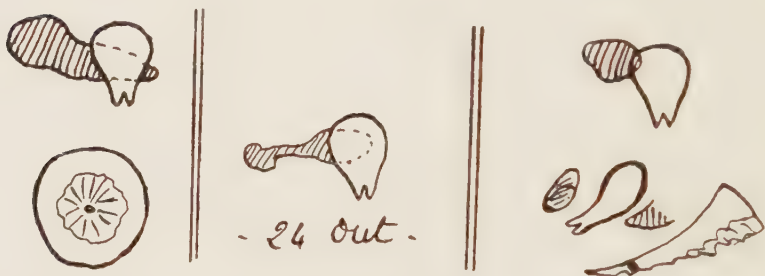
Température à 38w.

Douleurs spontanées et provoquées dans la fosse iliaque droite surtout.

Vulve rouge : pertes verdâtres abondantes.

T.V. salpingite droite volumineuse, se prolongeant dans le Douglas; très douloureuse à la pression; douleur légère à la mobilisation utérine.

Spéculum : métrite du col.



- 21 Out 1931 -

Obs n° 38

- 28 Out 1931 -

Le 22 août 1931, 1/4 G. Sk. Réaction nette; température à 40°.

Le 24, la malade ne souffre plus du tout; la température est tombée à 37°,2.

Pertes insignifiantes.

T.V., pas de douleur à la mobilisation utérine; le paramètre est souple. La salpingite droite est moins grosse; la masse postérieure persiste dans le Douglas, mais est indolore à la pression.

1/2 G. Sk. Température : 39°,6.

Le 28 août, la malade se sent parfaitement bien et ne perd plus.

Au T.V., tout est absolument souple.

On perçoit une petite masse para-utérine droite et une autre petite masse transversale bombant dans le Douglas, indolente.

3/4 G. Sk.

Le 31 août, 1 cmc. G. Sk. Réaction subjective légère; peu de température.

Le 9 septembre 1931, la malade sort de l'hôpital.

Au T.V., tout est souple et indolore; l'utérus est légèrement dévié vers la droite; on sent une petite masse mobilisable dans le Douglas, qui semble être l'ovaire droit probable.

Au spéculum, métrite importante.

Suivie à la consultation :

Le 14 septembre, 3 semaines après son entrée à la salle Malgaigne, première cautérisation au Filhos sans réactivation de la salpingite.

Le 23 septembre, 2° cautérisation.

Un mois après, le 25 octobre, la malade se trouve subjectivement et objectivement guérie.

OBSERVATION N° 39.

Madame Met..., 35 ans.

Salpingite gonococcique intense : Vaccin R.I. : 9; R.E. : 10.

Mérite : Vaccin R.I. : 7. — Filhos : 9.

Cette observation est sans nul doute une des plus intéressante.

Madame Met... présentait à son entrée à l'hôpital, une des salpingites les plus volumineuses que nous ayons jamais constaté.

Pendant un mois, ces lésions avaient résisté à tout traitement normal et étaient encore fébriles et douloureuses.

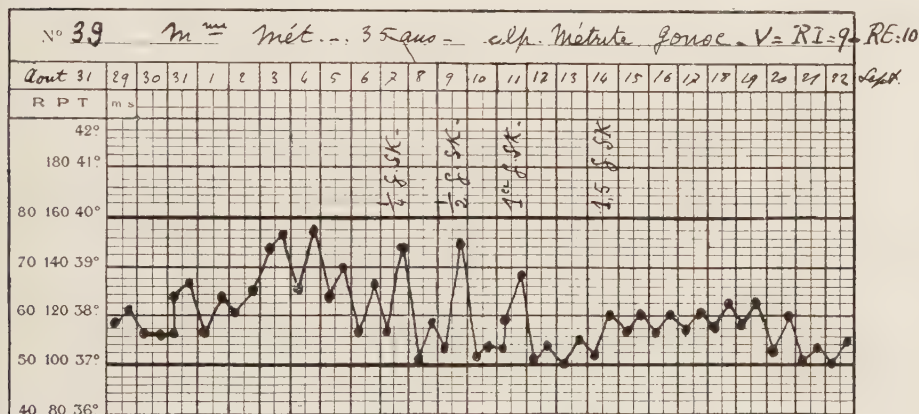
La vaccination régionale par la porte d'entrée eut une action immédiate; les douleurs furent calmées d'emblée, mais surtout la fonte des lésions salpingées fut particulièrement rapide, et vraiment surprenante.

Histoire de la maladie. — C'est le 29 août 1931 que cette malade est envoyée à l'hôpital Beaujon, avec le diagnostic de salpingo-mérite gonococcique.

Mais la crise avait débuté brusquement le 1^{er} août à l'occasion des règles. Pendant tout le mois d'août, la malade est restée confinée au lit avec une vessie de glace sur le ventre, prenant des injections, des anti-thermiques; ce traitement ne fit pas céder les douleurs abdominales, ni la température qui atteignait souvent 39. Les nausées étaient fréquentes.

Dans les antécédents, on retrouve une crise de salpingite en 1919, soignée par le repos et la glace, ayant duré 3 mois.

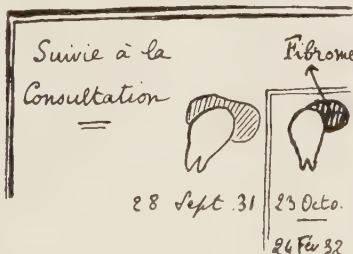
Pas de grossesse.



Du 30 Oût
au 7 Septembre



27, 29, 31
et 14 Sept.



Suivie à la
Consultation

28 Sept 31

Fibrome
23 Octo.
24 Fév 32

La mari de cette femme avait contracté avant son mariage une blennorrhagie qui semblait complètement guérie, et dont il fut impossible de retrouver le moindre symptôme.

Examen à l'entrée à Malgaigne, le 30 août 1931 :

L'examen révèle une véritable tumeur abdominale.

— *Le palper abdominal* fait sentir à droite une énorme masse dont le pôle supérieur dépasse la ligne ombilico-épineuse; cette masse, qui se perd vers la fosse iliaque gauche, est légèrement mobile et douloureuse.

— *Le T.V.* fait sentir le corps utérin légèrement dévié vers la gauche, absolument fixé et immobile.

Dans le cul-de-sac postérieur et droit bombe la masse perçue par le palper abdominal; cette masse est dure et rénitente.

Le cul-de-sac gauche est comblé par une salpingite du volume du poing, légèrement prolabée en arrière.

— *Repos et glace* jusqu'au 7 septembre 1931; pendant cette période la température oscille entre 38°,7 et 38°,9, atteint deux fois 39°,7.

— Le 7 septembre, pas de modifications dans le volume de la salpingite.

1/4 G. Sk. Température : à 39°,4.

Le 9, diminution importante de la salpingite (1/3 environ).

T.V. : indolore.

Les masses se mobilisent.

L'état général est meilleur, le sommeil revient.

1/2 G. Sk. Température à 39°,5.

Le 11 septembre, 1 cmc G. Sk., réaction à 38°,9.

Le 14 septembre, la salpingite droite est encore grosse comme le poing mais indolore à la pression.

1,5 G. Sk. réaction subjective faible.

Les injections de vaccin par la porte d'entrée sont interrompues.

Le 21 septembre, la température, qui était remontée aux environs de 38 revient à 37.

Le 23 septembre, début d'une série de vaccin gonococcique intra-veineux, dans un but expérimental. (6 injections du 23 septembre au 12 octobre.)

Pendant cette série de vaccin, dont chaque injection provoqua une réaction subjective intense et une température autour de 39°,5, la fonte des masses annexielles s'accroît.

Le 12 octobre, la malade se sent très bien, et demande à sortir.

Au T. V. : le corps utérin est fixé à gauche; au niveau de la corne utérine gauche, on sent une masse très dure, très peu douloureuse faisant corps avec l'utérus; à droite, léger empatement persistant du cul-de-sac, mais pas d'annexes perceptibles.

Spéculum : col sans ulcérations externes, mais endocervicite sécrétant une glaire verdâtre.

Frottis : très nombreux polynucléaires intacts; gonocoques présents.

La malade sort de l'hôpital le 16 octobre.

Suivie à la consultation.

Le 23 octobre et le 30 octobre, l'examen génital ne permet pas de percevoir les annexes; mais l'utérus paraît gros, présentant au niveau de la corne gauche une masse à développement abdominal, que l'on suppose être un fibrome. Hystérométrie : 7 cm.

La métrite endocervicale persiste; sécrétant des glaires contenant des gonocoques.

Le 14 novembre, la masse perçue au niveau de la corne gauche ne semble pas tout à fait faire corps avec l'utérus.

Il s'agit sans doute d'un fibrome pédiculé.

Rien aux annexes, mais le cul-de-sac gauche est encore un peu bridé.

Cautérisation au Filhos, assez appuyée.

Le 24 novembre, cette malade prétend n'avoir pas eu de douleurs abdominales après la cautérisation; mais elle a eu un peu de fièvre, 37°,8 la veille au soir.

Au T.V. : à droite, trompe mobile indolore, grosse comme une petite mandarine;

A gauche, la masse perçue antérieurement semble de plus en plus de nature fibromateuse.

Spéculum : col en état normal, étant donné la cautérisation.

Revue le 24 février 1932, la malade se porte tout à fait bien; n'a plus de pertes.

Au T.V. : la paramètre est absolument souple; pas d'annexes perçues.

Présence d'un fibrome gros comme une petite orange, semblant appendu à la partie postérieure de la corne utérine gauche, près du fond.

Il est à noter que le mari de cette femme semble actuellement absolument indemne d'infection gonococcique. Chez lui, tous les examens pratiqués furent négatifs, même une spermoculture faite à Lariboisière, dans le service du professeur Marion.

La blennorrhagie contractée il y a vingt ans semblait déjà complètement guérie au moment de son mariage.

OBSERVATION N° 40.

Madame Léo... Ma..., 41 ans.

Diagnostic : Salpingite gonococcique, métrite gonococcique.

Traitement : Salpingite : Vaccin R.I. : 9. — Métrite : Vaccin R.I. : 5.

— Filhos.

Cette malade entre à la salle Malgaigne le 6 décembre 1931 pour une crise douloureuse abdominale aiguë datant de 12 jours. Cette crise débute à la fin des règles par une douleur très violente dans le côté droit, ayant obligé la malade à s'aliter.

La douleur fut calmée pendant une huitaine de jours par la glace et le repos; mais une rechute nécessite l'entrée à l'hôpital.

Antécédents : crises analogues, il y a 5 ans, 3 ans et 1 an, calmées par repos et glace.

Bien réglée, mais dit avoir des pertes blanches, comme du lait, peu abondantes.

Souvent pesanteurs dans le bas-ventre. Rachialgies; quelques brûlures en urinant, il y a un an. Toujours très constipée.

Deux enfants ayant 20 ans et 17 ans; un avortement de 5 mois il y a 15 ans.

Examen : Le 9 décembre : Douleur à la palpation de la fosse iliaque droite qui permet de sentir une volumineuse tumeur abdominale.

Vulve claire, mais moitié inférieure du méat urétral considérablement tuméfié, formant véritablement deux saillies, chacune grosse comme un pois. Les orifices des glandes de Skène sont visibles, rouges.

Pertes glaireuses, légèrement jaunâtres.

T.V. : Facile; masse très volumineuse à droite, assez mobile, douloureuse. Cette masse dépasse en haut le niveau de la ligne bisiliaque.

Rien à gauche ni en arrière de l'utérus.

Spéculum : Endocervicite d'aspect peu inflammatoire.

Frottis : Infection gonococcique certaine.

Le 12 décembre, après 4 jours de repos, T.V. semblable, mais masse moins douloureuse à la pression.

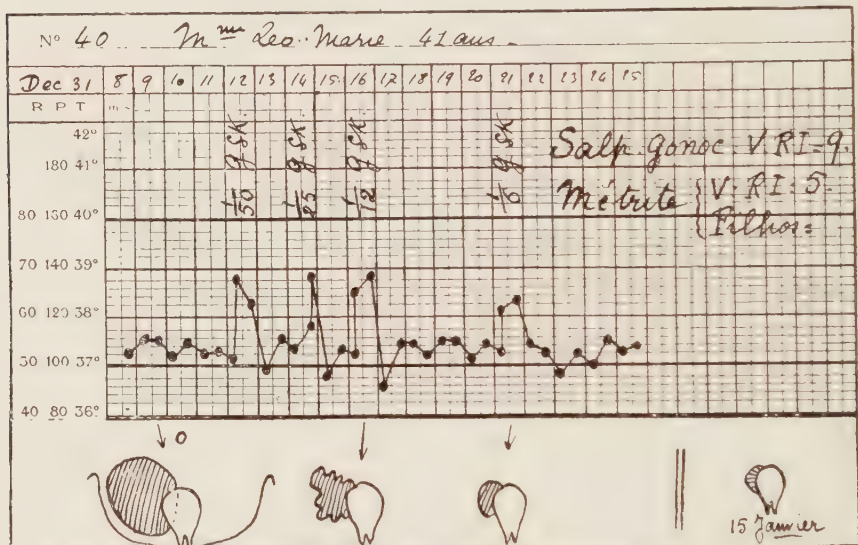
1/50° G. Sk. suivi 3/4 d'heure après d'une réaction subjective et focale intense : frisson, céphalée, vomissements, rachialgie, douleurs abdominales.

Le 13 décembre, la malade se sent bien. T.V. : mobilisation utérine facile sans douleur; salpingite droite identique.

Le 14 décembre, 1/25° G. Sk. Température : 38°,9.

Cette réaction est suivie le lendemain d'une forte amélioration subjective et objective.

Au T. V., la masse droite a fortement diminué, atteignant juste le niveau de la ligne bisiliaque.



Le 16 décembre, 1/12° G. Sk. Température : 38°,8.

Le 21 décembre, à la suite de ses règles, la malade accuse une légère douleur à la mobilisation utérine par le T.V. Cependant la salpingite a beaucoup diminué, restant un peu sensible à la pression bimanuelle.

Le 25 décembre, la malade sort de l'hôpital ne souffrant plus spontanément.

Suivie à la consultation.

Le 28 décembre, le T.V. fait encore sentir une masse para-utérine du volume d'un abricot, attenante à l'utérus, mobilisable avec lui, semblant être le salpinx dilaté; cette masse explique une pesanteur gênante ressentie à la marche. Vu la constipation et les antécédents, deux injections de coli-rectum sont pratiquées. Elles ne provoquent ni réaction, ni amélioration. La malade ne va pas plus facilement à la selle.

Le 4 janvier, cette femme se plaint de souffrir encore un peu à la marche. Vu son âge, on lui conseille d'entrer à nouveau dans le service pour être opérée.

Le 8 janvier, la malade revient à la salle Malgaigne.

Mais le T.V. ne révèle presque plus rien d'anormal : le corps utérin paraît simplement un peu gros au niveau de sa corne droite. L'hypothèse de fibrome est posée. Hystérométrie : 6,5. La malade sort de l'hôpital.

Le 15 janvier, l'état général et local restant parfaits, une première cautérisation au Filhos est pratiquée, sans réactivation de la salpingite.

Le traitement de la métrite est continué à la consultation de Gynécologie du Professeur Ag. Basset.

E — MALADES VACCINEES PUIS OPEREES

Cette classe comporte 9 malades qui constituent les vrais échecs de la V.R.P.E. en matière de traitement des annexites; ces 9 cas ont été rencontrés dans un ensemble de 127 annexites.

De ces 9 malades, il faut logiquement en éliminer une (obs. 44) pour laquelle fut commise une erreur de diagnostic : il s'agissait d'une appendicite pelvienne prise pour une salpingite droite chez une femme atteinte de métrite cervicale gonococcique. Elle fut soumise uniquement à la vaccination gonococcique, dont l'action fut nulle sur le foyer appendiculaire, qui s'est montré de nature colibacillaire.

Sur les 8 cas restant, une malade a été opérée sur ses instances, aussitôt les lésions refroidies par le vaccin; la laparatomie montra des lésions devenues trop discrètes pour qu'on ne regrette pas d'avoir cédé à la malade.

Deux femmes (obs. 43 et 45) ont subi une castration unilatérale dont l'une au moins aurait pu être évitée; mais là encore il s'agissait de malades ayant le « prurit du bistouri ».

Il reste donc 5 malades pour lesquelles l'opération était réellement nécessaire :

a) 3 malades atteintes d'ovarite suppurée (obs. 42 et 46, et 1 malade, Mlle Pil..., opérée en janvier 1932 dans le service du Pr. Basset, dont la salpingite résista complètement à la V.R.P.E.).

b) Une malade atteinte d'ovarite chronique douloureuse (obs. 41).

c) Une malade (Mme Bou...) opérée en Novembre 1930, chez laquelle la V.R.P.E. se serait montrée peu efficace.

Nous publierons 6 observations :

OBSERVATION N° 41 (Docteur POINCLOUX).

Madame Ra..., 27 ans.

Annexite double, ancienne, intense; la V. R. P. E., par son action élective, montra que les lésions droites étaient gonococciques, tandis que celles du côté gauche étaient surinfectées par le bacterium coli.

Opération 3 ans plus tard, pour ovarite droite chronique douloureuse. L'histologie a montré la guérison satisfaisante des lésions tubaires.

Madame Ra... fut soignée par le Docteur Poincloux depuis novembre 1928. La première partie de l'observation que nous résumerons ici est publiée dans la Presse Médicale du 22 mars 1930.

En novembre 1928, le Docteur Poincloux fut appelé à soigner cette malade, au passé génital chargé, alors qu'elle présentait une salpingite double aiguë, avec pelvi-péritonite, fièvre à 39°6, pouls à 130, lésions énormes à droite (masse rénitente ayant le volume d'une tête de nouveau-né), d'étiologie gonococcique certaine.

En 9 jours, après 4 injections de vaccin gonococcique par la porte d'entrée, les lésions du côté droit étaient réduites des 4/5, et n'étaient presque plus douloureuses, toute la gravité de la situation ayant été écartée dès la première injection.

Par contre, les lésions gauches, loin d'avoir diminué, étaient plus volumineuses et plus douloureuses.

Ces lésions furent attribuées au colibacille, d'autant qu'une entérite chronique datant de plusieurs années s'aggravait depuis le début des soins.

Madame Ra... fut donc soumise à la vaccination colibacillaire par voie rectale et cervicale; la guérison fut obtenue en 15 jours.

Un an plus tard, en novembre 1929, cette malade fut revue; elle ne souffrait plus jamais, n'avait plus de pertes, n'était plus contagieuse.

Elle conservait cependant des trompes grosses, dures, inégales, mobiles, sensibles à droite.

Elle avait engraisé.

Depuis novembre 1929 cette malade s'est parfaitement bien portée, jusqu'en juin 1931. Elle s'était mariée au début de 1930; examinée en octobre 1930, ses annexes étaient moins volumineuses encore qu'en novembre 1929, et elles n'étaient pas sensibles du tout.

La métrite, importante, loin d'être guérie, avait cependant rétrocedé nettement.

Mais, en avril et mai 1931, surviennent des métrorragies intenses; en juin elle consulte à nouveau le Docteur Poincloux, ayant pour la 3^e fois consécutive des règles trop abondantes, avec expulsion de caillots.

Le T. V. révèle une petite masse rétro-isthmique, dure, très douloureuse, rendant insupportable la pression digitale dans le cul-de-sac postérieur. A droite, empâtement imprécis et peu douloureux du ligament large. Pouls rapide à 100, 115. Température normale.

Ce tableau fit hésiter quelques jours le diagnostic entre celui de grossesse extra-utérine en voie de rupture et celui d'annexite droite.

L'évolution ayant fait prévaloir ce dernier, on essaya de reprendre la vaccination régionale par la porte d'entrée. L'examen des glaires cervicales montrait des gonocoques extra-cellulaires.

Deux injections de vaccin gonococcique dans l'urètre furent faites qui amenèrent une sédation importante des douleurs provoquées par l'examen génital, et une mobilisation relative de la masse rétro-utérine.

Il devenait manifeste qu'il s'agissait de l'ovaire droit prolabé dans le récessus de Douglas et que la trompe elle-même paraissait peu malade.

Malheureusement, la vaccinothérapie régionale ne put être poursuivie, la patiente étant dans un état d'irritabilité nerveuse qui lui faisait redouter excessivement les réactions vaccinales.

Cette impatience était d'ailleurs liée à des troubles endocriniens qu'affirmaient, entre autres, les troubles menstruels et la tachycardie.

Deux mois de repos complet, avec vaccination sous-cutanée, ne donnèrent que fort peu d'amélioration supplémentaire des lésions perçues à droite.

En novembre 1931, lasse de souffrir, mais se refusant toujours à la vaccination, la malade demanda la laparatomie et l'exérèse la plus économique possible de ses lésions.

L'intervention consista dans l'ablation, facile, de la trompe droite, grosse comme l'index, et de l'ovaire correspondant, gros comme une petite orange et bourré de petits kystes.

A gauche, annexes rétro-prolabées non adhérentes; ovaire de volume normal, scïéro-kystique; thermocautérisation.

L'examen histo-bactériologique des annexes droites montra :

1° Liquide des kystes ovariens avec quelques poly-nucléaires intacts gono-accusateurs;

2° Liquide séreux de la cavité tubaire stérile; polynucléaires intacts assez nombreux;

3° Lésions de salpingite ancienne pas très intense : lumière tubaire perméable aux points examinés. Peu d'hyperplasie, infiltration leucocytaire assez minime.

Après des suites opératoires d'une parfaite simplicité, la malade se porte bien; on a entrepris néanmoins la cautérisation de sa métrite cervicale.

A noter l'immunité solide du mari de cette femme contre le gonocoque, puisqu'il n'est point devenu malade, bien qu'il ne prenne aucune précaution et que sa conjointe ait des diplocoques de Neisser dans ses pertes cervicales.

OBSERVATION N° 42.

Madame Le Qui..., 30 ans.

V. : R. I. = 5.

Ovarite suppurée gonococcique avec réaction inflammatoire péri-annexielle douloureuse et fébrile, refroidie en 12 jours par la V. R. P. E. et opérée un mois après le début du traitement.

Histoire de la maladie. — Madame Le Qu... est admise à la salle Malgaigne le 22 décembre 1930 pour crise douloureuse abdominale.

Cette crise a débuté brusquement le 20 décembre, vers 15 heures, par une douleur diffuse dans la fosse iliaque gauche. Elle s'accompagna d'un état subsyncopal, de vomissements, d'une température à 39°9 le soir.

Cette malade est mariée; elle a deux enfants bien portants; elle-même a toujours été bien portante, mais présente des pertes blanc-jaunâtre depuis plusieurs années.

Examen du 22 décembre. — La phase aiguë du début s'est légèrement calmée.

Douleur spontanée de la fosse iliaque gauche, irradiant vers la région épigastrique, et le long de la partie antérieure de la crête iliaque droite; La douleur « coupe la respiration ».

La palpation exagère la douleur, mais il n'y a pas de contracture abdominale.

La température est à 38°4; le pouls à 110.

Au T. V. : Col abaissé;

Culs-de-sac assez souples, mais douloureux, surtout à droite et en arrière.

Le diagnostic étant imprécis, la malade est gardée en observation, au repos, avec de la glace sur le ventre.

Le 27 décembre, le Douglas semble plein et est très douloureux. Le diagnostic d'Hématocèle est envisagé.

Malgré la glace, la température s'élève, atteignant $39^{\circ}3$ le 2 janvier.

Le 3 janvier, masse très volumineuse perçue par le toucher vaginal combiné au palper; elle est située en arrière de l'utérus et remonte vers la fosse iliaque gauche.

L'utérus est plaqué sous la symphyse.

Le Douglas bombe; on pense à pratiquer une Colpotomie.

Auparavant, on injecte $1/2 \text{ cm}^3$ Propidon-Col.

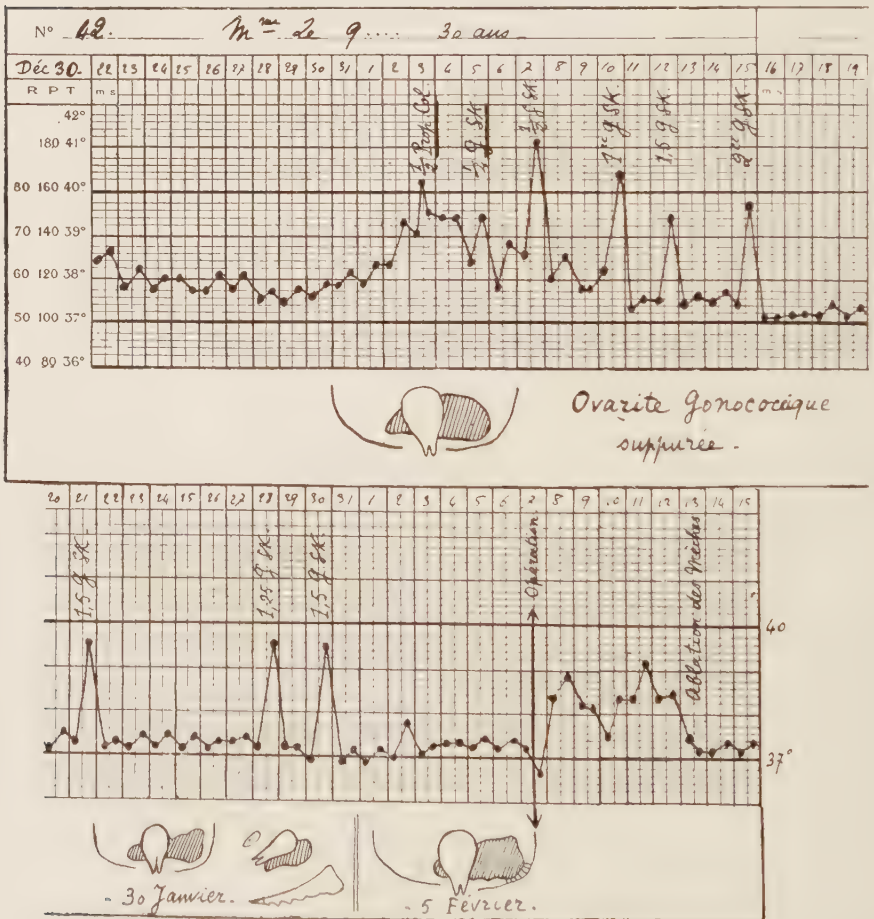
À cette occasion, on remarque des signes gono-accusateurs.

Papille urétrale déformée;

Urètre violacé;

Glaire verte.

Réaction nette à l'injection de Propidon; la température atteint $40^{\circ}2$.



Le 5 janvier, masse aussi volumineuse, un peu moins douloureuse. $1/4$ gono-skène. Température à $39^{\circ}4$.

Le 7 janvier, masse très grosse, douloureuse, surtout dans la fosse iliaque gauche. Les douleurs sont nettement atténuées. $1/2$ gono-skène. Réaction intense. Température à $41^{\circ}1$.

Le 9 janvier, la masse a un peu diminué, est moins douloureuse, semble mieux limitée. La poche est grosse comme deux poings, venant de la fosse iliaque gauche, descendant derrière l'utérus, large à cet endroit de 6 à 8 centimètres.

Le 10 janvier, 1 cc. gono-skène. Température à 40°4.

Le 12 janvier et le 15 janvier, 1,5 et 2 cc. gono-skène. L'état général est bien meilleur. Les signes fournis par le T. V. ne se modifient guère.

Le 21, le 28, le 30 : 1,5 gono-skène. Réaction à 39°5.

Le 30, on note : La masse est moins grosse, semble se bosseler, est un petit peu mobile; indolore à gauche, un peu douloureuse à droite.

L'utérus se mobilise.

Le 5 février, masse un peu mobile, semble liquide, très peu douloureuse.

Utérus mobile.

L'opération est décidée.

L'état général de la malade est parfait.

Le 7 février, opération.

Hystérectomie abdominale subtotale pour double annexie extrêmement adhérente des deux côtés, mais beaucoup plus volumineuse à gauche. On est obligé d'employer le procédé américain.

En réalité, il s'agit surtout d'ovarite plus que de salpingite, et en particulier à gauche.

En décollant le terrain adhérent, on ouvre une cavité qui contient du pus verdâtre.

Péritonisation très incomplète.

Un drain et deux mèches dans le petit bassin.

Du pus de l'ovaire gauche est prélevé pour le laboratoire : pas de microbe à l'examen direct ni en culture.

Suites opératoires très simples, malgré une température autour de 38°5 pendant 6 jours.

OBSERVATION N° 43.

Mademoiselle Co... Fanny, 23 ans.

Cette malade présentait une annexite bilatérale, douloureuse, très volumineuse à gauche.

La vaccination régionale antigonococcique calma rapidement tous les symptômes subjectifs; les lésions furent considérablement améliorées. Mais il persistait à gauche une masse semblant fluctuante, mobile, parfaitement indolente. Vaccin. R. I. = 9.

Cette jeune femme désirant fermement se faire opérer, l'intervention fut pratiquée un mois et demi après son départ de l'hôpital, la masse restant toujours semblable à elle-même. Castration unilatérale pour dégénérescence kystique de l'ovaire gauche.

Mademoiselle Co... entre à la salle Malgaigne le 27 janvier 1931 pour des douleurs très intenses durant depuis 8 jours, siégeant dans le bas-ventre, accompagnées de frissons, de nausées, et d'une température ayant atteint 39°.

Elle accuse à son entrée des pertes blanc-jaune épaisses empesant le linge, datant de 6 mois environ; depuis deux mois, elle souffre continuellement du ventre, avec exagération des douleurs au moment des règles, pendant lesquelles la malade a dû s'aliter.

Constipation habituelle.

T. V. : Cul-de-sac gauche occupé par une masse dure, volumineuse, douloureuse au toucher.

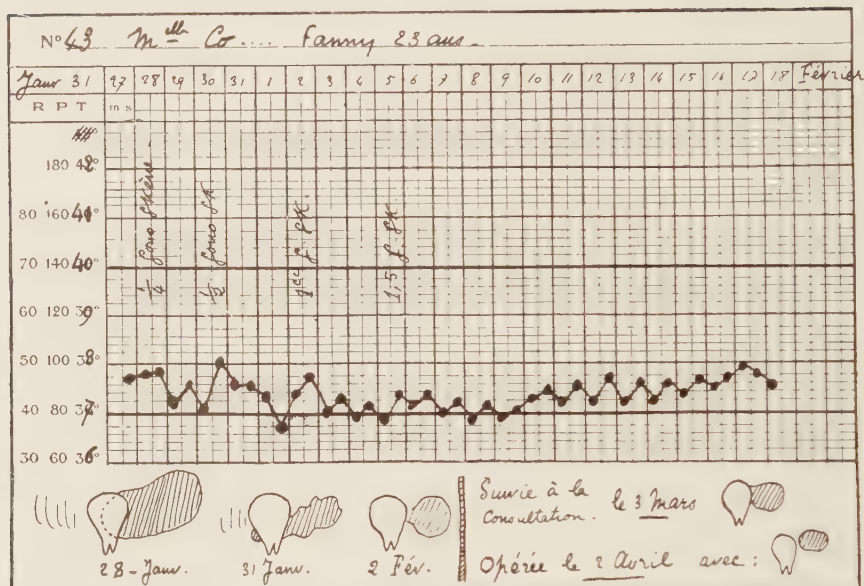
Cul-de-sac droit douloureux, empâté.

Corps utérin difficile à délimiter à cause de la douleur.

Spéculum : Col et orifice paraissent normaux.

Frottis : Gonocoques.

La température est à 37°8.



- Salpingite gonococcique.

Le traitement consista en 4 injections de vaccin gonococcique dans les glandes de Skène.

Ces injections ne furent suivies que de réactions subjectives focales sans élévation thermique.

L'action fut immédiate : dès la première injection, les douleurs ont presque complètement disparu.

Au T. V., la masse perçue à gauche est nettement plus mobile; elle semble avoir un peu diminué; elle est à peine douloureuse à la mobilisation.

La trompe droite est mieux perçue du fait de la disparition de la périmétrie; elle est du volume d'une petite poire.

Le 2 février, l'utérus est indolore à la mobilisation; la masse gauche s'arrondit et devient peu douloureuse à la pression bimanuelle.

Le 9 février, l'utérus est parfaitement mobile et indolent, ainsi que la masse perçue à gauche, devenue du volume d'une mandarine. Les

La malade quitte Beaujon le 18 février en excellent état général, ne souffrant plus du tout, ne perdant pour ainsi dire plus.

Devant la persistance de la masse perçue au T. V. à gauche, devant la persistance de la constipation, cette femme reçut à la consultation 5 injections de vaccin colibacillaire par voie rectale. Ces injections furent suivies de réactions subjectives légères, quelques douleurs dans le cadre colique, d'une amélioration légère de la constipation, mais n'eurent aucune action sur l'annexite.

Le 6 mars, le T. V. est semblable à celui du 9 février.

Sur la demande pressante de la malade, l'intervention est décidée.

Cette femme entre à nouveau à la salle Malgaigne le 21 mars 1931, avec, pour seul symptôme, la petite masse mobile et indolente perceptible au T. V. dans le cul-de-sac gauche.

Intervention le 2 avril (Docteur Gueulette).

A gauche, kyste de l'ovaire à contenu séreux, gros comme un œuf de poule. La trompe est légèrement augmentée de volume. On trouve quelques fausses membranes sur l'orifice de la trompe, fermée à son extrémité externe.

Ablation des annexes à gauche.

A droite, petits kystes de l'ovaire à contenu séreux, détruits au thermocautère.

La ponction de la trompe gauche n'a ramené que quelques gouttes d'un liquide clair dont l'examen cyto-bactériologique a été complètement négatif.

L'opération et les suites opératoires ont été très simples; la température n'a jamais atteint 38°.

Quitte l'hôpital le 24 avril.

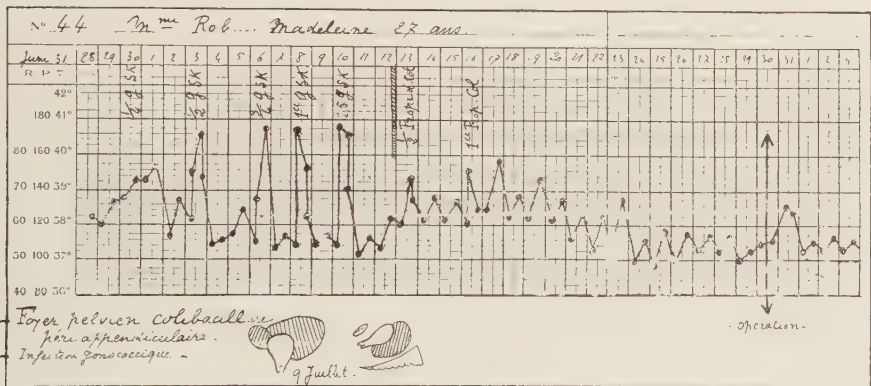
OBSERVATION N° 44.

Madame Rob..., 27 ans.

Diagnostic : Foyer pelvien colibacillaire périappendiculaire. Infection gonococcique du col.

Cette pelvi-péritonite fut considérée comme d'origine gonococcique en raison de l'infection cervicale, et soumise à la V. R. P. E. antigonococcique.

Pas d'amélioration. Deux injections de Propidon furent pratiquées au niveau du col et furent suivies de chute très lente de la température, mais sans amélioration pelvienne.



Antigono-Stéril = Action nulle sur le foyer pelvien colibacillaire.

Opération : Foyer dont la nature colibacillaire (cultures) justifia l'absence d'action de la V. R. P. E. antigonococcique.

Madame Rob... entre à Beaujon, salle Malgaigne, le 28 juin 1931. Douleurs abdominales datant de plusieurs jours, devenues aiguës l'avant-veille, de son entrée, accompagnées de frissons, céphalée, vomissements et d'une température autour de 39°5. Pollakiurie nocturne.

Diagnostic du médecin traitant : appendicite.

Antécédents : un avortement 6 mois auparavant, suivi de pertes véritables et d'une crise de salpingite ayant duré un mois.

L'examen des pertes à l'entrée de la malade révèle du gonocoque.

Examen. — Le toucher vaginal révèle une douleur à la mobilisation de l'utérus; les culs-de-sac sont très douloureux, particulièrement le cul-de-sac droit et le cul-de-sac postérieur. Il est impossible de sentir les trompes à cause de la douleur et de la contracture abdominale.

Diagnostic du Pr. Basset : Salpingite.

Cette malade fut donc soignée par V. R. P. E. pour salpingite gonococcique, comme y engageait la présence des gonocoques dans les glaires cervicales.

Elle eut des réactions normales au vaccin, et cependant ne bénéficia en aucune manière du traitement et continua à souffrir.

La température, qui tombait à 37°5 entre chaque réaction vaccinale (effet pyréthothérapique), remontait dès que les injections étaient cessées.

Le Propidon au niveau du col n'amena aucune réaction franche, mais la température s'abaissait, l'opération fut décidée.

L'opération montra qu'il s'agissait d'un gros foyer caséeux périappendiculaire, situé au fond du petit bassin.

Les ovaires et les trompes étaient adhérents, mais semblaient indemnes, et furent laissés en place.

On se borna à enlever l'appendice sous enfouissement.

Le pus prélevé au cours de l'intervention contenait uniquement des colibacilles.

Suites opératoires très bonnes.

Cette femme avait donc une infection gonococcique cervicale qui explique les réactions thermiques enregistrées avec le vaccin gonococcique.

Mais la thérapeutique fut inefficace, car les lésions pelviennes qu'on se proposait de traiter étaient en fait provoquées par le *bacterium coli*.

OBSERVATION N° 45.

Madame Mar..., 25 ans.

Diagnostic : Salpingite gonococcique : V. : R. I. = 8. — Périmétrite gonococcique : V : R. I. = 10.

Observation intéressante, car cette malade a reçu à son entrée dans le service 1/4 de cm³ de vaccin antitypho-paratyphique dans les glandes de Skène, au lieu de 1/4 de vaccin gonococcique.

Cette injection fut faite en vue de pouvoir répondre aux objections des praticiens prétendant obtenir avec le vaccin T. A. B. injecté dans l'urètre les mêmes résultats qu'avec le vaccin gonococcique.

La maladie vaccinale provoquée fut nettement différente de la maladie vaccinale gonococcique.

L'action thérapeutique a été jugée nulle.

Seul le vaccin gonococcique par la porte d'entrée a permis de soulager rapidement cette femme, dont l'opération eût été sans doute évitée, si la vaccination avait été plus persévérante.

Madame Mar... entre à Beaujon, salle Malgaigne, le 20 juillet 1931.

Depuis 2 jours, coliques utérines avec douleurs dans les reins. Perd à son entrée quelques gouttes de sang rosé avec de petits caillots. Dernières règles le 5 juin, ce qui fait un retard de 3 semaines. Aurait eu entre 39° et 40° de température avant son entrée.

2 enfants de 6 et 5 ans, un avortement entre les deux accouchements.

Généralement, pertes jaunâtres, avec parfois brûlures à la miction au moment des règles.

Examen à l'entrée. — Température à 37°8. Ventre douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche.

Au T. V. : col dur, fermé, antéplacé.

Culs-de-sac latéraux douloureux.

Masses douloureuses dans le cul-de-sac postérieur semblant faire corps avec l'utérus.

Fond utérin impossible à percevoir.

Utérus fixé, douloureux à toute tentative de mobilisation.

Frottis de pertes : gonocoques.

Le 24 juillet, la malade reçoit $1/4$ de cm^3 de vaccin T. A. B. dans les glandes de Skène.

Une demi-heure après frissons, tremblement, température élevée à $39^{\circ}5$. Pas de nausées. La réaction dura 3 à 4 heures. Le soir et la nuit, la malade se sent mieux.

Mais, le lendemain, les douleurs sont généralisées à tout l'abdomen, avec un maximum de douleur et d'hyperesthésie cutanée dans l'hypochondre droit. La région vésiculaire et la fosse iliaque droite sont très sensibles à la pression.

Des paroxysmes douloureux surviennent toutes les 10 minutes environ.

La température reste élevée, autour de $38^{\circ}4$.

Du 24 au 28 juillet, les douleurs se sont progressivement atténuées sous l'action de la glace et du repos. La température descend à $37^{\circ}3$ le 28.

Le 29 juillet, reprise des douleurs abdominales, surtout localisées à l'hypochondre droit, avec irradiations vers l'épaule droite. Défense musculaire très nette à droite.

Au toucher vaginal, douleur violente dans le cul-de-sac postérieur où se trouve une masse semblant être le corps utérin rétroposé.

Utérus absolument immobilisable.

Le doigtier ramène un peu de sang et des glaires verdâtres épaisses.

Le 29 au soir, la malade fait une fausse couche de 1 mois.

Le 30 juillet, elle souffre moins.

Au toucher vaginal, douleur en arrière et à gauche. Utérus absolument fixé.

La malade reçoit alors en salle 5 injections de vaccin gonococcique dans les glandes de Skène qui la soulagent rapidement.

Elle sort de l'hôpital le 19 août 1931 et reçoit à la consultation 3 nouvelles injections de vaccin.

Le 28 août, elle part à la campagne pour une quinzaine de jours.

Elle revient à la consultation le 16 septembre 1931, souffrant à nouveau un peu du ventre depuis une dizaine de jours. Elle est très constipée.

Au T. V., salpingite gauche importante, subaiguë, douloureuse.

Entre à nouveau à Beaujon le 18 septembre 1931, où elle reçoit 5 injections intraveineuses de vaccin gonococcique.

Pendant les 20 jours qui précédèrent son opération, depuis son entrée à l'hôpital, cette malade n'eut pas la moindre fièvre, à part les réactions thermiques provoquées par le vaccin.

Au début d'octobre, le T. V. ne révèle presque rien d'anormal, si ce n'est un cul-de-sac gauche un peu empâté par rapport au cul-de-sac droit. L'utérus est mobilisable sans douleur.

Devant l'insistance de la malade pour se faire opérer, l'intervention est décidée et pratiquée le 8 octobre 1931.

Compte rendu opératoire :

Rachi-Percaïne parfaite.

Opération simple. 25 minutes.

Ablation des annexes gauches. Il ne reste qu'un petit foyer pseudo-caséux entre la trompe et le péritoine pelvien.

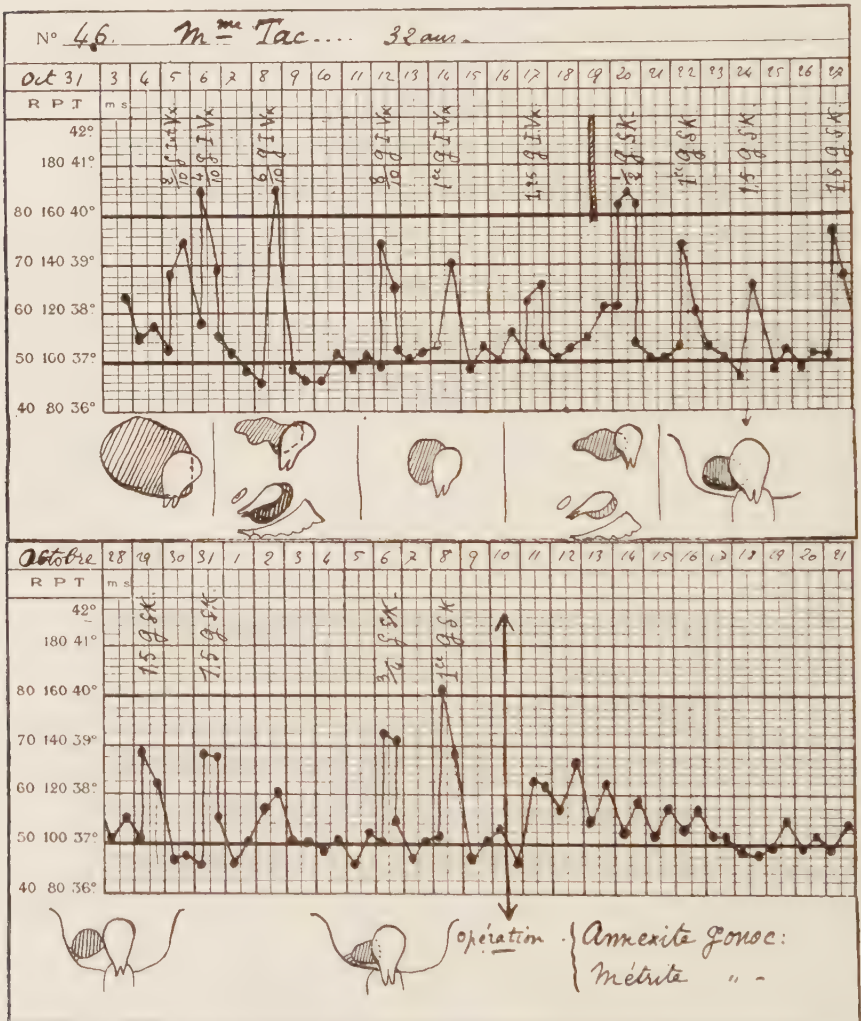
Suites parfaites.

Histologie de la trompe : Les lésions résiduelles constatées étaient si minimes, les franges tubaires si intactes, la cavité si perméable, que l'examen histologique doit faire regretter l'hémicastration pratiquée.

OBSERVATION N° 46.

Madame Tac..., 32 ans.

Annexite gonococcique droite, fortement améliorée par la vaccination antigonococcique intra-veineuse, mais qui n'a été véritablement refroidie que par la V. R. P. E.



Le 26 septembre, a ressenti une douleur brusque et vive dans le pelvis, à droite. Température à 39°6 le 26.

Le 5 octobre, douleurs intenses du bas-ventre.

Palper très douloureux. Contracture abdominale.

Au T. V., masse dans le pelvis, à droite, volumineuse, grosse comme un petit melon, bombant dans le cul-de-sac droit, et en arrière. Horriblement douloureuse.

Utérus refoulé en bloc vers la gauche, très mal délimitable du fait de la douleur.

Muqueuse du cul-de-sac droit œdémateuse.

Battements artériels à cet endroit.

La colpotomie semble inévitable.

2/10 G. Intra Vx. Température 39°5.

Le 6, 4/10 G. Intra Vx. Température 40°5.

Le 7 : Diminution de 50 % au moins. La malade dort, souffre peu.

Le 8 : 6/10 G. I. Vx. Température 40°5.

Le 9 octobre, nouvelle diminution importante; la malade ne souffre plus. Au T. V., l'utérus est mobile, indolore; ce qui reste à droite est très dur, indolore.

Le 12, le 14, le 17 octobre, nouvelles injections intra-veineuses de 8/10, 1 cc., 1,25 cc., avec des réactions thermiques allant en s'atténuant. L'état général est alors très bon.

Le 20 octobre, la température s'élève depuis 48 heures; le ventre devient à nouveau douloureux.

Au T. V., l'utérus est douloureux, mais aussi la partie rétro-utérine de la masse primitive, qui a, en ce point, réaugmenté. Or, la malade ne va que difficilement à la selle.

Frottis de glaire cervicale : infection gonococcique certaine, sans gonocoques visibles, sans autre microbe.

Culture négative.

On entreprend alors la V. R. P. E.

Le 20 octobre, 1/2 G. Sk. Réaction générale, température 40°5. Réaction focale des plus nettes.

Le 21 octobre, tout a rétrocedé nettement.

Le 22 octobre, réactivation; de nouveau, vive douleur, surtout dans le Douglas. 1 cc., 5 G. Sk. Température 38°5.

Le 26 octobre, masse non douloureuse à droite, dont on sent le pôle supérieur pour la première fois.

Le 27 octobre, 1,5 G. Sk. Température 39°7.

Le 28 octobre, la masse diminue et se mobilise. Les 3/4 supérieurs et internes sont mous. Seul le 1/4 inférieur droit colle au pelvis.

Le 29 octobre et le 1^{er} novembre, 1,5 G. Sk. Température 38°9.

Le 3 novembre, petite reprise inflammatoire. La masse a un peu augmenté.

Le 6 novembre, la masse adhère toujours au pelvis, est absolument indolente, semble fluctuante.

Vu l'arrêt des piqûres pendant 5 jours, 3/4 G. Sk. Température 39°2.

Le 7 novembre, la malade se sent très bien et ne ressent plus aucune douleur.

Au T. V. : La masse semble un peu plus petite.

Se mobilise en bloc avec l'utérus en dedans.

Toujours fixée en dehors.

Absolument indolore à la pression bimanuelle.

Semble moins fluctuante que la veille.

Le 8 : Se sent toujours très bien. Réaction thermique à 40°, mais réaction subjective peu marquée.

Le 9, la malade dit ne s'être jamais sentie aussi bien.

Le 11, opération. Rachi-Percaïne.

Utérus dévié vers la gauche par grosse masse annexielle droite à centre fluctuant. Il est impossible de disséquer par en dehors, à cause des adhérences à la paroi pelvienne.

Section de la trompe en dedans, et dissection vers en dehors.

Sous la trompe, on trouve un ovaire kystique contenant un pus épais, crémeux, qui s'ouvre dans le ventre.

Ablation de la trompe droite, de l'ovaire droit et de l'appendice.

Fermeture avec drain dans le Douglas.

La trompe gauche est saine. Ovaire gauche scléro-kystique.

Suites opératoires des plus simples.

Sortie un mois après en très bon état, mais perd encore un peu.

Au spéculum : col avec endocervicite.

F. — BARTHOLINITES

La V.R.P.E. sur les bartholinites gonococciques nous a toujours donné un excellent résultat immédiat, et une guérison sans fistulisation.

Cette affirmation s'appuie sur l'observation et le traitement de 17 bartholinites soignées depuis 1927.

Le traitement consiste exclusivement en injections de vaccin gonococcique aux doses habituelles dans les parois de l'urètre, lorsque la bartholinite est prise au début, avant la collection d'une quantité de pus importante.

Si la glande est déjà fluctuante, il est nécessaire d'évacuer le pus par ponction avec une grosse aiguille (10-10 au moins) introduite au pôle supérieur de la glande, et parcourant au moins 15 millimètres en tissu relativement sain.

Sur celles des 17 malades qui n'étaient pas ouvertes avant traitement, la guérison immédiate survint toujours sans fistulisation. Dans des cas de bartholinites suppurées ouvertes, l'assèchement fut obtenu toujours en peu de jours.

Nous devons signaler que 3 malades ont été revues avec ou ayant eu des récidives. Ces dernières sont dues peut-être à ce fait que la guérison de la bartholinite survenant vite (8 à 12 jours) la

vaccinothérapie n'est pas assez poussée. Une fois la bartholinite guérie, la malade n'est plus revue, et peut conserver une infection blennorragique contre laquelle elle n'est pas toujours assez immunisée.

Deux des malades de nos observations (obs. 11 et 25) avaient des bartholinites récidivantes, ou fistulisées depuis plusieurs mois; le résultat immédiat fut excellent et il s'est maintenu jusqu'à présent (1 an et 5 mois).

Nous ne publierons pas d'observations de Bartholinites gonococciques soignées par la V.R.P.E. Leur évolution est sans histoire.

Nous ne ferons que citer en quelques lignes l'observation d'une Bartholinite colibacillaire qui survint comme complication d'une Bartholinite gonococcique qui avait été guérie 2 mois auparavant par la V.R.P.E., en même temps qu'une arthrite aiguë du genou.

Voici un tableau schématisant l'action de la V.R.P.E. sur les Bartholinites.

R. I.	R. E.
10 xxxx 4	10 xxx 3
9 xxxxxxxxxxx 10	9 xx 2
8 xx 2	8
7	7
6	6
5 x 1 (Bartho-Colibacill)	5
4	4
3	3
2	2
1	1
0	0 xxx 3 (Récidives)

OBSERVATION N° 47 (Docteur POINCLOUX).

Mademoiselle D..., 30 ans.

Arthrite et Bartholinite gonococciques.

Surinfection colibacillaire.

Malade chez laquelle l'infection gonococcique débuta en février 1929 par des signes génito-urinaires très discrets et par une arthrite aiguë du genou droit, qui fut complètement guérie en moins d'un mois par la V. R. P. E.

Cette partie de notre observation est publiée in extenso dans la thèse de Copelovici, page 92.

Au milieu de mai 1929, la malade consulta à nouveau pour une bartholinite gauche, dont le prime début avait été enregistré en mars 1929, et dans le pus de laquelle des gonocoques furent décelés.

Guérison très rapide par V. R. P. E.

Sur ces entrefaites, la malade se marie; le conjoint ne contracte pas la blennorragie.

Le 10 juillet, la malade consulte à nouveau pour une récurrence de sa bartholinite.

Notons qu'à ce moment elle a un retard de règles de quelques jours; c'est le commencement d'une grossesse qui sera menée à terme sans accident.

La récurrence de Bartholinite se révéla comme étant, non pas gonococcique, mais colibacillaire (culture positive) et particulièrement résistante à la vaccinothérapie. On put néanmoins éviter l'intervention, et l'accouchement eut lieu en février 1930 sans incident ni suites fâcheuses.

QUATRIEME PARTIE

NOTIONS GENERALES

RESULTANT DES ESSAIS DE TRAITEMENT D'INFECTIONS GYNECOLOGIQUES PAR LA V.R.P.E.

Dans cette dernière partie de notre thèse, nous nous proposons de préciser quels enseignements se dégagent des traitements assez nombreux déjà entrepris pour combattre des infections génitales féminines, non obstétricales, par la V. R. P. E.

Notre opinion se fonde :

- A. — Sur les 47 observations présentées dans ce travail.
- B. — Sur la statistique publiée en Décembre 1930 par Poincloux dans le *Paris Médical*; elle portait sur 230 malades.
- C. — Sur 87 observations inédites recueillies par Poincloux, (en plus des 47 que nous publions) depuis la rédaction de son article jusqu'en janvier 1932. Ces observations ne sont pas toutes utilisables au point de vue du résultat du traitement, pour diverses raisons, mais servent au point de vue de l'enquête étiologique.
- D. — Sur 33 observations prises par Traissac à Bordeaux, et consignées dans sa thèse.
- E. — Sur 20 cas communiqués par Crainicianu et Pavelescou à la Société d'Obstétrique et de gynécologie en janvier 1931.

Au total :

Observations de Poincloux ..	317
Observations de notre thèse..	47
Observations de Traissac....	33
Observations de Crainicianu..	20

Total.... 417 cas

Nous envisagerons successivement les points de vue suivants :

1° Indications fournies par ces essais en ce qui concerne **l'étiologie** des infections gynécologiques non obstétricales.

2° Indications générales **pour le traitement** par V. R. P. E. de ces infections quand elles sont localisées :

- a) au col utérin, avec ou sans réaction du paramètre;
- b) au col utérin, avec annexite ambulatoire;
- c) aux trompes, avec métrite associée, dans le cas de processus inflammatoire subaigu ou chronique;
- d) aux trompes, avec métrite associée, en cas de processus inflammatoire obligeant la femme à s'aliter;
- e) aux ovaires, avec lésions aiguës (pures ou associées à des lésions salpingées et cervicales);
- f) aux ovaires, avec lésions moins intenses;
- g) aux glandes de Bartholin;
- h) à la vulve.

3° **Notions et hypothèses** concernant le mode d'action de la V.R.P.E.

- a) agit-elle par pyrétothérapie? par choc?
- b) utilise-t-elle une propriété spécifique des vaccins?
- c) les réactions et résultats dépendent-ils vraiment du tissu où le vaccin est injecté? Existe-t-il une étroite spécificité tissulaire?
- d) l'injection de vaccin dans les muqueuses est-elle intra-veineuse sans qu'on le sache (objection de Traissac).
- e) La V. R. P. E. est-elle une **méthode** ou une simple recette empirique? (objections de Traissac et de de Sèze).

Nous présenterons toutes ces notions, hypothèses, critiques et arguments sous une forme concise dont nous nous excusons, mais à quoi nous contraint la nécessité de ne pas trop alourdir notre publication.

CHAPITRE PREMIER

A. — AU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE

INDICATIONS FOURNIES PAR LES ESSAIS DE TRAITEMENT DES INFECTIONS GYNECOLOGIQUES NON OBSTETRIQUES PAR LA V.R.P.E.

1° *Le gonocoque tient une place prééminente dans les infections génitales des femmes (82 % des cas).*

En se basant sur les 364 observations de Poincloux et de nous-mêmes, pour lesquelles nous connaissons, par approximation plus ou moins précise (enquête clinique, examen microscopique, test vaccinal, traitement d'épreuve), l'agent étiologique en cause, nous voyons que le diplocoque de Neisser a été incriminé 301 fois, c'est-à-dire dans 82 % des cas.

Il a paru être le seul agent pathogène dans 227 cas, soit 62 %.

Il était associé au colibacille dans 66 cas, soit 18 %.

Il était associé au staphylocoque dans 2 cas, soit 0,5 %.

Il était associé au colibacille et au staphylocoque dans 5 cas, soit 1,3 %.

Il était probablement associé à un germe indéterminé dans un cas, soit 0,25 %.

2° *Le colibacille joue aussi un rôle important dans les infections gynécologiques (34,6 % des cas).*

Sur 364 cas, Poincloux l'a vu en cause 126 fois, soit 34,6 %.

Il semblait le seul agent pathogène 53 fois, soit dans 14,5 %.

Il était associé au gonocoque 66 fois, soit dans 18 %.

Il était associé au staphylocoque 1 fois, soit dans 0,25 %.

Il était associé au gonocoque et au staphylocoque 5 fois, soit dans 1,3 % des cas.

Il était probablement associé à un germe indéterminé 1 fois, soit dans 0,25 % des cas.

3° *Le staphylocoque est rarement pathogène* dans les affections gynécologiques non obstétricales. (3,3 % des cas).

Poincloux n'a jamais rencontré le staphylocoque doré dans de telles infections.

Il a été rendu responsable 13 fois, soit dans 3,3 % des cas.

Il semblait *seul responsable* 5 fois, soit dans 1,3 % des cas.

Il semblait *associé* :

au gonocoque 2 fois, soit dans 0,5 % des cas;

au colibacille 1 fois, soit dans 0,25 % des cas;

au gonocoque et au colibacille 5 fois, soit dans 1,3 % des cas.

4° Enfin dans ces 364 cas, on a eu 5 fois l'impression qu'un *microbe indéterminé* jouait un rôle (1,3 % des cas).

Le tableau suivant rend ces conclusions plus saisissables :

Gonocoque seul en cause.....	227 fois	62 %
Colibacille seul en cause.....	53 fois	14,5 %
Staphylocoque seul en cause.....	5 fois	1,3 %
Microbe indéterminé	5 fois	1,3 %
Gonocoque et colibacille associés	66 fois	18 %
Gonocoque et staphylocoque	2 fois	0,5 %
Gonocoque, colibacille et staphylocoque	5 fois	1,3 %
Gonocoque et microbe indéterminé ..	1 fois	0,25 %
Colibacille et staphylocoque	1 fois	0,25 %
Colibacille et microbe indéterminé....	1 fois	0,25 %

Pratiquement, le gonocoque et le colibacille seuls, complices, ou associés à d'autres germes ont été, dans 364 cas, 358 fois en cause :

le gonocoque 301 fois (82 %) ;

le colibacille 126 fois (34,6 %).

C'est donc à ces deux germes qu'il faut d'abord penser systématiquement quand on veut préciser l'étiologie d'une infection génitale féminine.

*
**

Toujours au même point de vue de l'étiologie des infections gynécologiques, nous rappelons les détails microscopiques sur lesquels Poincloux a attiré notre attention :

1° *L'infection gonococcique ancienne ou peu intense* donne aux glaires endocervicales examinées sur lames après coloration de Gram, un aspect spécial permettant d'incriminer l'infection blennorragique sans voir de gonocoque :

— *Polynucléaires intacts* (que, sur de telles glaires, Poincloux a l'habitude d'appeler P.G.A. = polynucléaires-gono-accusateurs).

— *Desquamation à fibres longues*, à noyaux en navette.

— *Absence ou rareté des saprophytes* (dans les cas purs).

— *Parfois culture stérile sur milieux usuels*. (Voir p.55.)

2° *Le bacterium coli*, qui parfois *fourmille* dans les préparations est toujours *en grand nombre* dans les glaires dont il provoque, seul ou associé, l'écoulement. On le trouve en plus grande abondance dans les sécrétions déjà tombées dans le vagin, que dans celles recueillies dans le col. Les variations morphologiques du bacterium coli sont étendues; la forme bacillaire pure n'est pas la plus fréquente. Les aspects bipolaires sont rencontrés souvent, ainsi que les éléments coccobacillaires. Ces derniers peuvent prêter à confusion avec le diplocoque de Neisser; mais lorsqu'on les rencontre, il y en a beaucoup trop pour qu'il puisse s'agir d'infection gonococcique.

Les polynucléaires sont altérés, profondément pour la plupart. La desquamation épithéliale est copieuse, figurée par de grandes cellules plates, polygonales, à petits noyaux, parfois bourrées de bacterium coli.

Les cultures sont facilement positives.

La culture des urines dans ces cas ne donne que rarement des colibacilles (pourvu que le prélèvement soit fait convenablement), ce qui prouve l'existence du *syndrome entéro-génital indépendant du syndrome entéro-rénal*.

3° *Les staphylocoques* sont présents fréquemment, mais rarement prédominants; non pathogènes, ils sont mélangés à d'autres saprophytes, bacillus vaginalis de plusieurs espèces (longues, courtes, grêles, trapues), et parfois à des cocci Gram négatifs. Ils accompagnent l'infection colibacillaire ou gono-colibacillaire.

De rares fois, les staphylocoques sont très nombreux. Les cocci sont plus gros, bien arrangés en grappe, et certains d'entre eux sont

inclus dans des phagocytes. Ils constituent la flore microbienne prédominante, voire presque exclusive. Dans ces cas, l'épreuve thérapeutique (injection d'auto-vaccin ou de stock-vaccin intra-cervicale) peut, par ses résultats, confirmer leur rôle pathogène.

En tous cas les cultures ne montrent que des races de staphylocoques blancs.

4° *En général, les cultures de glaires donnent des résultats trompeurs au point de vue étiologique.*

Il y a souvent un contraste stupéfiant entre ce qu'on voit sur lame et ce qui pousse dans les tubes. Les staphylocoques notamment, vis-à-vis des milieux usuels, ont une vitalité très active et prédominante. En ce qui concerne le gonocoque, il est pratiquement impossible d'en obtenir des cultures repiquables à partir des glaires de métrite chronique.

5° *Le streptocoque* n'est pour ainsi dire jamais rencontré dans les glaires gynécologiques.

D'autres germes (diphthérimorphes, entérocoques) se voient de temps à autre.

Nous finirons cette rapide revue des notions étiologiques acquises ou précisées grâce au traitement de 364 femmes par la V. R. P. E., en rappelant l'utilité du test vaccinal au gonocoque. *En cas d'hésitation étiologique, injecter un quart de centimètre cube de vaccin gonococcique de l'Institut Pasteur, soigneusement, dans les parois de l'urèthre, tissu sensible par excellence.* Si la femme a été plus ou moins anciennement infectée par le gonocoque, il y aura 99 chances sur 100 pour qu'elle fasse une maladie vaccinale gonococcique de porte d'entrée typique. (Voir page 61).

Si le diagnostic étiologique était erroné, elle n'éprouvera que des malaises insignifiants.

Si un doute subsiste après la première injection de un quart de cm³ bien faite, une nouvelle épreuve à dose double, lèvera définitivement les doutes : réaction plus forte que la première en cas de gonococcie, plus faible que la première si cette infection n'est pas en cause.

On conçoit toute l'utilité pratique qui s'attache à cette épreuve. Sachant que, en présence d'une infection gynécologique, on a 8

chances sur 10 d'avoir affaire à une maladie où le gonocoque joue un rôle, seul ou associé à d'autres germes, il suffit de pratiquer ce test au gonocoque pour être fixé, sans autre enquête, en une heure de temps (puisque la réaction commence 30 à 45 minutes après l'injection).

Pour l'infection par le bacterium coli, l'injection de un demi cm³ de vaccin colibacillaire dans la muqueuse du rectum a plus la valeur *d'un traitement d'épreuve* que d'un test vaccinal, *les améliorations*, en cas de diagnostic étiologique exact, *étant plus régulières que les réactions.*

CHAPITRE II

INDICATIONS THERAPEUTIQUES RESULTANT DE CES RECHERCHES SUR LES APPLICATIONS GYNECOLOGIQUES DE LA V.R.P.E.

1° TRAITEMENT DES METRITES SANS ANNEXITES. *AVEC OU SANS PERIMETRITE*

Notre statistique de métrites (98 cas) soignées exclusivement par vaccination régionale (Voir tableau B¹, page 82), montre que :

a) Dans 24 pour 100 des cas environ, un résultat parfait ou très bon, acceptable tel quel, peut être obtenu.

b) Dans 27 pour 100 des cas environ, le résultat est nul, mauvais ou manifestement insuffisant.

c) Dans 47 pour 100 environ, le résultat consiste en améliorations très nettes, mais avec persistance de lésions qui rendent la récurrence probable, et ne donnent pas de sécurité.

d) La proportion des bons résultats se maintient avec le temps, puisque sur 30 malades revues, pour la plupart plus de 18 mois après le traitement vaccinal, 45 pour 100 avaient encore un résultat excellent ou très bon. La proportion est même bien meilleure que de suite après le traitement, mais il faut peut-être admettre que ce sont surtout les malades satisfaites qui ont répondu à notre appel pour enquête.

Donc, dans les trois quarts des cas, la V.R.P.E. est, ou impuissante (1/4 des cas), ou insuffisamment puissante (la moitié des cas) pour guérir les métrites cervicales, au sens anatomique du mot guérir, sens le plus exigeant, mais le seul réellement à retenir.

Les résultats peuvent être acquis en trois à cinq semaines de traitement.

Les meilleurs sont à espérer dans les cas les moins anciens, pour lesquels les lésions d'hyperplasie glandulaire (dont seule la destruction radicale peut venir à bout), ne sont pas encore très prononcées.

Malgré son insuffisance relative, le traitement des métrites par la V.R.P.E. constitue un avantage des plus appréciables qui réside dans ce fait *qu'il supprime ou diminue considérablement tout processus inflammatoire génital*, localisé ailleurs que dans le col utérin; en sorte que les cautérisations au Filhos deviennent sans danger, même chez les sujets ayant une périmétrite, ou chez ceux dont l'infection est plus ou moins aiguë et récente au moment où ils consultent, à condition de les soumettre d'abord à la V.R.P.E.

Même chez de tels malades, l'application du Filhos, par cautérisations énergiques endocervicales, sans alitement, au rythme d'une cautérisation chaque trois ou quatre semaines, nous a donné, sans aucun incident, des résultats en moyenne excellents.

2° TRAITEMENT DES ANNEXITES AMBULATOIRES, AVEC METRITE CONCOMITANTE, SOIGNEES SEULEMENT PAR LA V.R.P.E.

Notre statistique de malades de cette classe (52 cas, voir tableau C¹, page 95) montre que :

Dans 28 cas (54 %) un résultat parfait ou presque parfait a été obtenu, et dans 10 autres cas (19 %) un résultat qui équivaut pour les malades à la guérison (cessation de tout symptôme morbide en rapport avec l'annexite; persistance de lésions anatomiques cicatricielles).

Cela donne une proportion de 73 pour 100 de guérisons cliniques suffisantes ou parfaites. Ces résultats paraissent stables. Nous avons revu quelques malades sur convocation; elles étaient restées dans le même état qu'à la fin du traitement, et parfois s'étaient encore améliorées. On peut penser que, si, parmi les malades qui n'ont pas répondu à notre convocation, beaucoup avaient eu des rechûtes ou des récidives, elles seraient venues à nouveau à la consultation du Pr. Basset, car la plupart d'entre elles n'en étaient pas à leur première crise et elles avaient été très satisfaites de la qualité du résultat acquis, sans alitement et sans interruption importante de travail. Or de telles rechûtes ou récidives n'ont pas été enregistrées.

C'est dans cette catégorie de malades que se sont rencontrées le plus de ces « infirmes du bas ventre », qui, sans avoir de très graves lésions, sont cependant fort incommodées. De telles malades présentent *une résistance au traitement*, signalée par Traissac, qui contraste avec les résultats parfois miraculeux que l'on enregistre dans la cure d'annexites plus dramatiques par les signes généraux qu'elles provoquent, ou surprenantes par l'énormité des masses inflammatoires que le toucher décèle.

Même chez ces « infirmes du bas ventre », cependant, (surtout chez elles, devrait-on dire, si l'on songe à l'impuissance des autres traitements médicaux dans ces cas), la V.R.P.E. s'est souvent montrée efficace.

L'observation du même groupe de malades révèle (voir tableau C¹, page 95) que la V. R. P. E. a influé sur la métrite concomitante à peu près de la même manière que chez les femmes atteintes seulement de métrite :

dans 11 cas (21 %) résultat parfait ou très bon.

dans 18 cas (34 %) résultat nul, mauvais, ou manifestement insuffisant.

dans 23 cas (44 %) résultat plus ou moins bon, donnant satisfaction à la malade, mais faisant craindre une reprise des troubles cervicaux.

Il s'ensuit que dans 80 pour 100 des cas environ, *il faut proposer et tâcher d'imposer à de telles malades les cautérisations au Filhos*, ce que nous faisons toujours depuis un an. La guérison parfaite de la métrite semble en effet une précaution nécessaire, sinon suffisante, pour éviter le retour d'accidents annexiels.

3° TRAITEMENT DES ANNEXITES AMBULATOIRES, AVEC METRITE, D'ABORD PAR V.R.P.E., PUIS PAR LE NEO-FILHOS

Nous avons soigné 16 malades de cette sorte (tableau C², page 98). Sauf une, toutes avaient obtenu une guérison clinique de leur annexite par la vaccination, tandis que leur métrite n'avait dans l'ensemble, été améliorée que très insuffisamment.

Aucune de ces malades, après cautérisations, n'a présenté la moindre réactivation de la salpingite pré-existante. Celles qui ont été revues avaient conservé un résultat parfait au point de vue annexiel.

**4° TRAITEMENT D'ANNEXITES INTENSES
(NECESSITANT L'ALITEMENT) PAR V.R.P.E.,
SANS CAUTERISATIONS ULTERIEURES DE LA METRITE**

Ce groupe réunit les cas les plus beaux de nos statistiques; c'est parmi eux que se trouvent les résultats étonnants dont les praticiens qui en ont été rendus témoins se sont montrés surpris : situations sévères, inquiétantes, rendues bénignes en 24 à 72 heures; colpotomies menaçantes évitées; masses énormes résorbées rapidement sans traces décelables.

Souvent, ces beaux effets thérapeutiques se sont produits chez des patientes vainement traitées depuis longtemps par les procédés classiques, y compris la vaccinothérapie sous-cutanée.

Sur 44 malades, sérieusement atteintes (tableau D¹, page 108) 6 ont bénéficié de guérisons absolument parfaites, 22 de guérisons presque parfaites; en outre, 5 autres malades étaient pratiquement guéries, ayant seulement des reliquats cicatriciels indolores, perceptibles au toucher; cela donne 33 cas de guérison sur 44 (75 %).

7 autres malades ont été améliorées au point qu'elles se considéraient comme guéries; il est raisonnable de penser que leur état ne s'est pas aggravé par la suite, puisque malgré leur contentement des soins reçus, elles n'ont pas été revues.

En étant sévère, on aboutit donc à ce résultat :

75 pour 100 de guérisons d'annexites assez intenses pour avoir forcé les malades à entrer à l'hôpital ou en clinique.

Et si on accorde aux 7 autres femmes le bénéfice du doute concernant l'évolution ultérieure du reliquat lésionnel existant à la fin du traitement, on enregistre 90 pour 100 de bons résultats.

Le traitement des annexites des femmes alitées est en moyenne assez rapide, de 2 à 4 semaines.

Après 2 ou 3 injections de vaccin, l'amélioration est le plus souvent assez importante pour que la permission du lever soit accordée.

Nous aurions pu laisser sortir de l'hôpital bien des femmes que nous y avons soignées, après 8 à 12 jours de traitement grâce auxquels elles se trouvaient replacées dans le cas de toutes celles traitées à la consultation, comme malades externes. Nous ne l'avons pas souvent fait, afin de pouvoir plus facilement les observer. Mais cet avantage n'est pas à dédaigner pour des femmes qui, sans avoir à travailler pour le gain de l'existence, ont souvent un ménage, et des enfants à surveiller.

Il faut d'ailleurs y insister: le principal mérite de la V.R.P.E. en gynécologie est précisément de rendre ambulatoire la cure de la plupart des cas d'une maladie pour laquelle la condition première des traitements classiques est le décubitus prolongé.

La perfection des résultats obtenus dans le traitement des annexites par la V.R.P.E. dans cette catégorie de malades aussi bien que dans la précédente, peut être prouvée par ce fait que d'énergiques cautérisations du col au néo-Filhos peuvent être entreprises tout de suite après la cure vaccinale, sans que les réactivations redoutées autrefois soient à craindre.

5° TRAITEMENT D'ANNEXITES INTENSES PAR V.R.P.E. AVEC CAUTERISATIONS CONSECUTIVES DE LA METRITE

Appliqué à 6 malades, ce traitement en 2 étapes a donné des résultats parfaits : 6 femmes atteintes d'annexites intenses, guéries par V.R.P.E., mais ayant encore une cervicite plus ou moins importante ont été filhosées, une fois achevée la vaccinothérapie. Le résultat au point de vue de la métrite fut parfait; à la fin de la deuxième phase du traitement, l'état des annexes, fait à noter, s'était encore perfectionné. (Voir tableau D², page 118).

6° INTERVENTION CHIRURGICALE CHEZ DES FEMMES
ATTEINTES D'ANNEXITE,
ET D'ABORD SOIGNEES PAR V.R.P.E.

Sur les 127 malades atteintes d'annexites soignées par Poincloux et nous-mêmes par la V.R.P.E., 9 ont été opérées.

— Une était une erreur de diagnostic (appendicite pelvienne observation 44).

— Une a été opérée, sur ses instances, malgré la belle amélioration obtenue par la V.R.P.E.; à la laparatomie, lésions minimales qui nous font regretter l'hystérectomie.

— Deux ont subi une castration unilatérale « de luxe ».

— Cinq malades ont été opérées, qui, indiscutablement, devaient l'être :

4 étaient atteintes d'ovarite (2 ovarites suppurées, 2 ovarites chroniques douloureuses).

1 était atteinte de salpingite.

Il s'ensuit que *l'ovarite est une localisation infectieuse plus difficile à guérir que la salpingite*; cette constatation est conforme aux conclusions de Lecène sur cette question (1).

Les malades opérées après V.R.P.E. ont toujours présenté des *suites opératoires bonnes*, la plupart du temps tout à fait simples et apyrétiques.

Comme elles constituent les vrais aveux d'impuissance de la méthode, il est intéressant d'en établir le pourcentage :

— Sur les 9 malades opérées, une doit absolument être écartée, puisqu'elle n'avait pas d'annexite. (Appendicite pelvienne. Obs. 44).

— Restent 8 cas sur 126, soit 6,3 %. Ce chiffre est faible; on pourrait le critiquer de bien des manières; dire notamment que parmi ces malades que Poincloux et nous-mêmes avons soignées, certaines, qui n'ont pas obtenu de résultat suffisant, ont été se faire hystérectomiser ailleurs.

(1) P. Lecène. — Les Diagnostics Anatomico-Cliniques. — Masson.

Mais notre opinion générale, basée sur des observations nombreuses, sur la vérification des bons résultats au cours de laparatomies faites pour hystéropexie chez des femmes antérieurement atteintes d'annexites et soignées par V.R.P.E., sur l'amélioration progressive, après les séries vaccinales, de lésions qui, loin de s'enflammer à nouveau, rétrocedent au contraire avec le temps, *notre opinion est qu'il ne faut pas être interventionniste en matière d'annexites.*

Cette façon de voir est conforme au jugement de beaucoup de gynécologues avertis : la V.R.P.E. rend plus manifestement raisonnable l'attitude résolument médicale.

L'art chirurgical mutilateur est une défaite; la V.R.P.E. contribue en gynécologie, à rendre la défaite plus souvent évitable.

Groupons tous les cas de salpingites soignés par Poincloux et nous-mêmes : ils sont au nombre de 126.

Sur ces 126 malades, 99 ont bénéficié d'une guérison clinique qui fut plus ou moins parfaite au point de vue anatomique, non contredite par des rechutes connues de nous.

Cela fait un pourcentage de 78 pour cent de résultats pratiquement satisfaisants. Cette moyenne est supérieure à celle obtenue par Traissac (58 %) au début de son expérimentation, ce qui est explicable par une plus parfaite connaissance de l'emploi de la méthode, notamment par ce fait que nous ne nous contentons pas de faire, comme cet auteur, uniquement la vaccination antigonococcique, mais aussi la vaccination anticolibacillaire et antistaphylococcique chaque fois que cela est utile. La lecture des observations de Traissac conduit à penser que plusieurs fois il aurait amélioré ses résultats en agissant ainsi. (Obs. 5, 9, 11, 25, rôle du colibacille probable; obs. 12, 23, rôle du staphylocoque possible).

7° TRAITEMENT DES BARTHOLINITES

La V.R.P.E. donne d'excellent résultats immédiats, en 8 à 12 jours, pour le traitement des bartholinites qui, presque toujours gonococciques, peuvent être colibacillaires (1 obs. de Poincloux). Ce résultat est obtenu même si la bartholinite est fistulisée; en cas de bartholinite suppurée, il est préférable d'évacuer le pus par ponction au pôle supérieur de la glande.

8° TRAITEMENT DES VULVITES GONOCOCCIQUES DES PETITES FILLES

Poincloux en a soigné 4 cas, Traissac 3 cas; ce sont tous des succès, ce qui n'est pas indigne d'intérêt étant donné la résistance de cette affection.

CHAPITRE III

NOTIONS ET HYPOTHESES CONCERNANT LE MODE D'ACTION DE LA V.R.P.E.

Bien que les recherches expérimentales (rendues bien difficiles par l'absence d'animaux sensibles à certaines infections humaines) n'aient pas encore été faites concernant le mécanisme d'action de la V.R.P.E.; bien qu'une étude systématique des modifications humorales, leucocytaires, tissulaires, produites chez les sujets en traitement n'ait encore été que vaguement ébauchée, il n'est pas vain de s'essayer à dégager les notions qui découlent du travail déjà important fourni sur la V.R.P.E.

Beaucoup d'observations de Poincloux, de nous-mêmes, d'autres auteurs ont la valeur d'expériences de laboratoire; elles permettent de répondre à certaines objections que l'esprit forme, et d'édifier des hypothèses qui reçoivent du bon sens un plein assentiment.

1° La V. R. P. E. agit-elle par pyrétothérapie, par choc?

Une première idée se présente quand on voit les réactions vives, avec ascensions thermiques élevées, *habituellement* enregistrées par la V.R.P.E., c'est que cette méthode tire son efficacité des *chocs* qu'elle détermine.

Pour quatre raisons très convaincantes, nous ne croyons pas que cette hypothèse soit juste :

a) *Première raison.* — Poincloux, Traissac, de Sèze, Crainicianu, Ricou, H. Cardot, nous-mêmes, tous ceux qui ont suffisamment appliqué la méthode, ont vu des malades gonococciques guérir *parfaitement bien sans réactions thermiques*, ou avec des réactions dérisoires. (Obs. 24, 43).

D'autre part, en matière de vaccination anticolibacillaire par voie rectale, *l'absence de réactions thermiques importantes*, coïncidant avec *des réactions subjectives plus ou moins intenses* et l'amélioration nette dans de tels cas, est fréquente.

En outre, Poincloux a 2 observations, l'une d'abcès du poulmon grave, l'autre de pyorrhée alvéolo-dentaire staphylococcique qui sont deux succès remarquables obtenus *sans réactions fébriles intenses*, en 10 à 15 jours, après injection de vaccin dans la muqueuse du cornet inférieur du nez.

Nous croyons que, dans les réactions engendrées par les vaccins injectés selon la méthode de Poincloux, *la fièvre est un épiphénomène*, et qu'on parviendra à séparer dans les vaccins, la substance immunisante de celle qui donne la fièvre.

b) *Deuxième raison.* — Chez 6 malades, nous avons suivi la pression artérielle et la leucocytose au cours des réactions. On sait que le choc s'accompagne toujours de chute brutale de la tension artérielle et de leucopénie (1).

Chez 2 sujets, la pression n'a pas varié; chez 3 autres, elle s'est élevée de 1 cm.; chez la 6^e, elle s'est abaissée de 0.5 cm.

Les variations de la formule leucocytaire n'ont pas davantage été en faveur d'un choc humoral.

c) *Troisième raison.* — Nous avons vu des malades ayant une infection double (gonococcique et colibacillaire par exemple). Presque toujours, *l'infection colibacillaire résiste aux violentes réactions engendrées par le vaccin gonococcique injecté à la porte d'entrée*. A cet égard, l'observation n° 44 dans laquelle une appendicite pelvienne colibacillaire avait été prise pour une salpingite chez une femme atteinte de métrite gonococcique est particulièrement démonstrative.

(1) G. Desbuquois. — Les modifications du sang au cours des états de choc. — Le problème du choc hémoclassique. Paris, Jouve 1931.

d) *Quatrième raison.* — Il n'y a pas de comparaison entre la qualité des résultats auxquels conduit la V.R.P.E., et ceux que permettent d'attendre les médications de choc proprement dites.

Ces arguments, tirés des faits, engagent à conclure que la V.R.P.E. n'agit pas par choc.

2° Dans son action, la V. R. P. E. fait-elle jouer une propriété spécifique des vaccins utilisés?

Il est évident que si les conclusions du paragraphe précédent sont justes, on doit aussi admettre que la V.R.P.E. mette en œuvre une propriété spécifique des vaccins.

Dans le cas de Mme Rob... (observation n° 44), on voit le vaccin gonococcique déclencher des réactions typiques, comme l'infection cervicale permettait de s'y attendre, mais rester singulièrement impuissant vis-à-vis d'un foyer pelvien juxtatubaire, d'origine appendiculaire, et de nature colibacillaire.

L'observation N° 41 (Mme Rav...) nous montre une salpingite double dont les lésions droites obéirent à la vaccination antigonococcique, tandis que les lésions gauches ne cédèrent qu'à la vaccination anticolibacillaire.

Il y a plus; Poincloux a soigné, en avril 1929, un malade atteint d'arthrites gonococciques qui disparurent promptement par vaccination gonococcique urétrale (1), et restèrent guéries jusqu'en septembre 1931.

A ce moment, nouvel écoulement blennorragique, et nouvelles arthrites (pieds, mains, genoux).

Le traitement fût institué *par injections dans l'urètre méatique de vaccin T.A.B.* Elles engendrèrent des réactions vives, analogues à celles que déclenche le vaccin gonococcique; *mais après plusieurs séances, les progrès étaient minimes, sans rien de comparable à ceux acquis 2 ans 1/2 plus tôt avec le vaccin gonococcique.*

On utilisa alors derechef ce dernier, et l'amélioration rapide survint.

Un autre ordre d'arguments en faveur d'une action spécifique des vaccins employés réside dans *les caractères très tranchés des*

(1) Copelovici. — Thèse Paris, 1929, p. 90.

réactions qu'ils provoquent, quand on les injecte dans leurs tissus sensibles, et non sous la peau. Les maladies vaccinales de porte d'entrée ne sont pas semblables les unes aux autres; celle provoquée par le gonocoque est aussi différente de celle provoquée par le bacterium coli, que les infections dues à ces deux germes le sont l'une de l'autre. Incubation, invasion, période d'état, terminaison, durée, formes cliniques sont nettement individualisées. (Voir pages 72 et 74).

3° Les réactions et les effets provoqués par la V. R. P. E. dépendent-ils vraiment des tissus où les vaccins sont injectés? Existe-t-il une étroite spécificité tissulaire?

Dès l'instant où les vaccins ne produisent pas les mêmes effets. (et cela n'est pas niable un seul instant) quand on les injecte ou sous la peau, ou à la manière de Poincloux, il est bien évident qu'un lien existe entre les effets dont ces vaccins sont capables et l'endroit où ils sont injectés.

Mais la spécificité tissulaire est plus précise que cela. Poincloux a fait souvent, et nous avons répété l'expérience suivante : injection à une femme gonococcique d'une dose utile de vaccin gonococcique dans les parois de l'urètre : suites normales par réaction vive. Deux à trois jours après, injection d'une dose supérieure *mais à quelques millimètres du méat*, en s'écartant de l'urètre : aucune réaction consécutive.

Dans un cas de rectite gonococcique, Poincloux fit d'abord une injection méatique : réaction vive consécutive. Ensuite, il pratiqua, *sans obtenir aucune réaction franche*, 3 injections dans la muqueuse rectale. Revenant alors à la porte d'entrée uréthrale, il assista de nouveau à des maladies vaccinales typiques. Nous avons nous-mêmes vérifié ce fait sur une femme atteinte de salpingite.

Il existe donc bien une étroite spécificité tissulaire.

Mais une question mérite un examen plus approfondi; c'est de savoir *s'il n'y aurait pas, pour certains microbes, plusieurs tissus sensibles de surface, dans lesquels les injections vaccinales provoqueraient des résultats immédiats semblables.*

Nous mettons cette intéressante question à l'étude; dans ce sens, une chose est pour nous déjà certaine : le vaccin colibacillaire provoque, quand on l'injecte dans les muqueuses génito-urinaires de la femme, des réactions vives; mais ces réactions *diffèrent* de celles obtenus après l'injection par voie rectale, *et les conséquences n'en sont pas aussi favorables. Elles diffèrent aussi des réactions dues au vaccin gonococcique injecté par voie urétrale.*

Un autre fait est établi : l'injection de vaccin T.A.B. dans l'urètre, engendre des réactions vives, un peu différentes de celles déterminées par le vaccin gonococcique. Mais nous ne savons pas ce que provoquerait habituellement le vaccin T.A.B. injecté dans la muqueuse de l'intestin grêle. Dans le seul cas où Poincloux ait pu l'y injecter, *aucune réaction cliniquement perceptible ne fut observée, et cependant, la typhoïde de l'enfant qui fut soumise à cette tentative guérit merveilleusement.* (Voir page 38).

Enfin selon Crainicianu (1), les injections de vaccin gonococcique dans la muqueuse buccale provoqueraient des réactions analogues à celles qu'il déclanche par voie urétrale.

Ces différents faits indiquent assez qu'il y a là une étude systématique à entreprendre.

Quoi qu'il en soit, *un point reste pour nous bien acquis : c'est que, en ce qui concerne le gonocoque, l'injection de vaccin dans la muqueuse urétrale ne donne pas, en règle, les mêmes effets immédiats si le sujet est indemne ou non d'infection gonococcique.* Poincloux et nous-mêmes, volontairement ou par erreur, avons injecté de nombreuses fois du vaccin gonococcique à des sujets non atteints de cette infection. Jamais les réactions engendrées n'ont été comparables à celles obtenues chez les malades infectés par le diplocoque de Neisser. C'est pourquoi nous conférons à la V.R.P.E. *la valeur d'un moyen de diagnostic* en ce qui concerne l'infection blennorragique.

(1) Crainicianu et Pavelescou. — *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, Janvier 1931.

4° L'hypothèse formulée par Traissac, de Bordeaux, dans sa thèse sur la V. R. P. E., selon laquelle les injections intra-muqueuses pourraient être intra-veineuses sans qu'on le sache, est-elle fondée?

Cet auteur, qui a consacré à la méthode de Poincloux un travail remarquable par la documentation personnelle (33 observations), la clarté de l'exposition, la finesse d'un esprit critique jamais partial, émet quelques « remarques théoriques » dont la discussion nous semble pleine d'intérêt.

Traissac dit tout d'abord : « *Quand on recherche... la genèse de ce principe (celui de la porte d'entrée), on s'aperçoit qu'il ne repose sur aucune base biologique bien nettement démontrée. Sa découverte, de l'avis même des auteurs, a été faite de façon presque empirique, peut-on dire.* »

La première de ces deux remarques ne nous paraît pas exacte : la « base biologique » de la V. R. P. E. est fournie par les expériences de Besredka sur le charbon des petits animaux de laboratoire; la découverte de ce principe par Poincloux, par expérimentation en clinique humaine, était, si l'on veut, une re-découverte, vérifiant chez l'homme un phénomène observé seulement chez l'animal.

Nous reviendrons, au terme de ce travail, sur ce qu'il faut penser de la critique d'empirisme portée en outre sur ce travail. *En tous cas, il nous semble que, dans le cadre de l'infection gonococcique, seule envisagée par Traissac, il n'y a pas lieu de s'étonner, comme le fait cet auteur, de ce fait que le vaccin gonococcique produise des effets constants et nettement salutaires lorsqu'il est injecté dans un tissu sensible de surface, tissu porte d'entrée; ce fait n'est en rien plus surprenant que le suivant dont il est le corollaire : le gonocoque vivant ne donne pas de maladie quand on l'introduit dans l'hypoderme, et la provoque quand il est déposé sur l'urètre. Il n'y a pas lieu de suspecter ce phénomène plus que celui découvert par Besredka à propos du charbon : la bactérie charbonneuse ne vaccine bien et n'infecte aisément les lapins et les cobayes que par la peau.*

Il ne convient enfin pas plus de s'inquiéter du phénomène découvert chez l'animal par Besredka, chez l'homme par Poincloux, que de *la nécessité où l'on est, pour cultiver le gonocoque, de s'adresser à des milieux spéciaux.*

Or, c'est pourtant ce phénomène de l'activité toute particulière du vaccin gonococcique en injection urétrale qui étonne Traissac et l'incite à « chercher ailleurs » l'explication des faits observés. C'est ce qui le conduit à penser qu'il serait possible que l'injection sous-muqueuse du vaccin fût, sans qu'on s'en doute, intra-veineuse, et il écrit : « *L'injection de vaccin n'agit-elle pas tout simplement par le fait qu'elle est intra-veineuse?* »

Avant de donner à cette supposition les réponses que nous pouvons lui fournir, remarquons d'abord *qu'une telle hypothèse ne fait que déplacer le problème.* En effet, on n'a pas encore expliqué nettement, scientifiquement, que les injections intra-veineuses de vaccins déclanchent de toutes autres réactions que les injections des mêmes vaccins sous la peau. En sorte que, même si l'hypothèse formulée par Traissac est vraie, l'intelligence du processus intime des phénomènes n'est nullement facilitée.

Pour notre part, d'ailleurs, nous croyons justement *que ce sont les réactions vaccinales de porte d'entrée qui sont capables d'éclairer le mécanisme des réactions aux vaccinations intra-veineuses.* Bien des raisons militent en effet, selon nous, en faveur de l'interprétation suivante : si les injections intra-veineuses de vaccin engendrent des réactions souvent vives, cela doit être précisément *parce qu'elles rendent possible un contact rapide, non contrarié par la phagocytose, entre les cellules sensibles et les vaccins injectés, contact satisfaisant les affinités des premières et des secondes.*

En sorte que, si nous voyons juste, ce serait bien le principe de vaccination par la porte d'entrée qui expliquerait les phénomènes de réactions vaccinales intra-veineuses, au lieu de l'inverse envisagé par Traissac.

Au fait, la méfiance, parfaitement légitime en tant qu'attitude scientifique générale, manifestée par Traissac vis-à-vis du phénomène vaccinal de porte d'entrée, est-elle fondée? Un fait est ce qu'il est, et l'on doit l'accepter même s'il est en dehors de nos habitudes.

Le phénomène vaccinal de porte d'entrée, loin de choquer l'esprit, nous paraît au contraire satisfaisant au premier chef : il est calqué sur ce que la nature nous montre.

Quoi qu'il en soit de ces réflexions générales, la question que se pose Traissac mérite en tous cas une pleine attention au point de vue *matériel*, au point de vue *technique*. C'est seulement sous cet angle que nous l'envisagerons, car, *au point de vue théorique*, nous croyons que les vaccinations intra-veineuses agissent parce qu'elles donnent au vaccin la possibilité d'atteindre promptement les tissus sensibles, avant d'avoir subi l'action paralysante aveugle des phagocytes (voir page 26). Nous l'envisagerons aussi d'un point de vue pratique, car l'expérience nous a prouvé que l'injection intra-veineuse, pour efficace qu'elle soit, ne l'est pas autant que l'injection par la porte d'entrée, et que la réaction qu'elle engendre est plus désagréable pour le patient.

5° Oui ou non, les injections intra ou sous-muqueuses de vaccin, faites à la Poincloux, sont-elles des intra-veineuses occultes?

Nous répondrons nettement *non* à cette question.

Voici pourquoi :

1° Rien n'est plus facile, chez la femme avec quelque attention, chez l'homme très aisément, que de réaliser une *boule d'œdème parfaitement visible et durable*, en injectant le vaccin dans les parois de l'urètre. Plus superficielle, plus muqueuse sera l'injection, plus nette et mieux blanchissant les tissus sera la boule d'œdème, plus certainement franche et typique sera la maladie vaccinale consécutive.

Il s'agit là de faits vérifiés des centaines de fois.

Est-il raisonnable de croire que de telles injections intra-muqueuses, interstitielles, visibles, œdématisantes, soient intra-veineuses?

2° Pour être efficace, l'injection de vaccin colibacillaire par voie rectale doit être faite de façon à ce que soit aussi bien formée que possible cette boule d'œdème. (Cela demande d'ailleurs une certaine application et de la légèreté de main.)

Admettons un instant qu'une telle injection soit, malgré tout, intra-veineuse ou, pour faire une supposition moins en désaccord avec le bon sens, admettons que la résorption du vaccin injecté de telle façon, soit très rapide du fait de la vascularisation importante du chorion sous-muqueux, et que l'action du vaccin colibacillaire soit liée à cette résorption rapide. Dans ce cas, *l'injection du vaccin gonococcique devrait être aussi efficace par voie rectale que par voie urétrale. Or, il n'en est rien* (voir page 157).

3° Quand on fait un certain nombre d'injections (6 ou 7 par exemple) de vaccin gonococcique à une malade dans les parois de l'urètre, il arrive assez souvent que les réactions engendrées diminuent et deviennent presque nulles. Si à ce moment on veut perfectionner un résultat thérapeutique encore insuffisant, on peut offrir le vaccin *à un autre tissu sensible de porte d'entrée*, le col ou les glandes de Bartholin, car avec ce nouveau point muqueux d'injection, le vaccin engendre derechef des réactions *fortes*, l'atténuation survenant d'ailleurs plus vite, après trois ou quatre injections.

Si les injections intra et sous-muqueuses étaient intra-veineuses sans qu'on le sache, ce phénomène, observé bien des fois par Poincloux et nous-mêmes serait incompréhensible.

4° L'injection correctement réussie de vaccin colibacillaire dans la muqueuse rectale, peut engendrer une maladie typique durant 36 heures, 48 heures, voire 3, 4 et 5 jours. Elle ne donne *jamaïs de réaction aussi brutale que l'injection du même vaccin dans les muqueuses génito-urinaires externes de la femme*. Si l'on n'est pas convaincu par les arguments précédents, que ces dernières injections ne sont pas intra-veineuses, on devra tout de même admettre que les injections dans la muqueuse du rectum ne le soient pas, puisqu'elles agissent différemment (*beaucoup mieux d'ailleurs*) et que, par suite, le principe de vaccination par la porte d'entrée soit juste dans ce cas.

Pourquoi ne le serait-il pas alors pour le gonocoque injecté dans l'urètre?

5° Poincloux, en collaboration avec M. Sapin, interne en pharmacie à l'hôpital Beaujon, a cherché à résoudre expérimentalement le problème, en injectant en même temps que le vaccin

gonococcique, dans le tissu sensible, une substance décelable dans le sang. Il fallait que cette substance ne fût ni toxique, ni irritante pour les muqueuses, et qu'elle pût être mise en évidence dans le sérum sanguin à très faible dose. Après divers essais, Poincloux fixa son choix sur le benzoate de bismuth, sel soluble, non caustique, décelable nettement, après addition du réactif d'Aubry, en solution sérique au 1 500.000, sous forme d'un léger trouble orangé parfaitement visible.

Pour parvenir à une solution définitive du problème, il aurait fallu pratiquer un grand nombre d'essais, la technique demandant une assez grande précision pour écarter les causes d'erreur. Au moment où nous rédigeons ce travail, Poincloux nous autorise à dire que les recherches qu'il a faites avec M. Sapin, dans ce sens, sans être parfaitement concluantes, ne sont pas en faveur de l'hypothèse de Traissac : quand on injecte 0.20 cc. de benzoate de bismuth dans une veine du pli du coude gauche, et que l'on recueille 30 cc. de sang dans la veine du côté droit, de la 30^e à la 50^e seconde après l'injection, on provoque avec le réactif iodo-quinique d'Aubry dans le serum prélevé, une réaction intense.

Quand la dose a été injectée dans le plancher de l'urètre ou dans le col utérin (mélangée à du vaccin gonococcique, afin que la réaction engendrée prouve, par sa présence, que l'injection a été faite dans les conditions habituelles) la réaction du bismuth est positive (dans le sang prélevé au pli du coude dans les mêmes conditions), mais avec une bien moindre intensité.

Cependant, répétons-le avec Poincloux, *la question est plus complexe qu'on ne pourrait le croire au premier abord*. Il faudrait un grand nombre d'essais, qui n'ont pu être exécutés, pour déterminer, après élaboration d'une technique sans défaut, la vitesse moyenne de résorption d'un produit donné, quand il est introduit sous la peau, dans les muscles, dans diverses muqueuses, à la surface de ces muqueuses, dans les veines, etc.

Compte important devrait être tenu de la tonicité de la solution injectée qui influe beaucoup sur l'absorption des substances dissoutes, alors qu'elle ne joue pas de rôle dans la vitesse de résorption d'une émulsion vaccinale.

En résumé, boule d'œdème visible et durable, nullité d'action du vaccin gonococcique injecté par voie rectale dans les conditions utiles pour le vaccin colibacillaire, activité nouvelle des injections de vaccin gonococcique dans le col ou les glandes de Bertholin quand les injections dans l'urètre sont devenues inactives, action différente du vaccin colibacillaire injecté avec boule d'œdème dans la muqueuse rectale ou dans les muqueuses génito-urinaires externes, expériences de Poincloux et Sapin non en faveur de la supposition de Traissac, telles sont pour nous les raisons qui s'élèvent contre l'hypothèse de l'auteur bordelais. Elles entraînent pour nous une conviction sincère.

Et pourtant, nous avons fait avec Poincloux un nombre assez grand d'injections intra-veineuses de vaccin gonococcique et colibacillaire pour avoir constaté qu'à deux ou trois nuances près, aux mêmes doses des mêmes vaccins, *les injections intra-veineuses déterminent des réactions et des effets analogues à ceux que provoquent les injections par la porte d'entrée.* Les différences nous ont paru être : plus grande brutalité des réactions qui sont difficilement tolérables; moindre netteté des réactions focales; efficacité un peu moindre.

Mais les symptômes majeurs (incubation, durée, terminaison) de la maladie vaccinale provoquée sont identiques, que le vaccin ait été confié au torrent veineux, ou au tissu sensible de porte d'entrée.

Que faut-il penser de cette analogie troublante?

Les raisons exposées ci-dessus sont à elles seules assez convaincantes pour écarter l'hypothèse de Traissac. *Mais, si même aucune d'elles n'existait,* nous croirions encore que le résultat des injections faites à la Poincloux sont bien dues au conflit du vaccin et des tissus sensibles, parce que cela est directement compréhensible pour l'intelligence, tandis que les maladies vaccinales *originales, caractéristiques,* engendrées par les injections intra-veineuse, ne le sont pas.

Par voie intra-veineuse, ces maladies vaccinales spécifiques ne sont pas compréhensibles, à moins que, retournant la supposition

de Traissac, on admette l'interprétation suivante : injecté par voie veineuse, un vaccin fait le tour de la circulation en 30 secondes; quand ses éléments circulent dans les plus fins capillaires, ils subissent des attractions chimio ou physicotaxiques de la part des tissus pour lesquels ils ont de l'affinité, ceux-là mêmes qui sont capables de retenir le microbe pathogène (tissus de porte d'entrée, et aussi tissus formant *la région pathologique* du microbe considéré).

La satisfaction de ces affinités soustrait du sang les microbes vaccinaux qu'il véhicule, et cela si promptement que la phagocytose (*procédé aveugle de défense et non directement favorable à l'immunité selon Poincloux*) n'a pas le temps de s'exercer contre ces microbes, comme elle le fait en cas d'injection sous-cutanée.

Et, pour affirmer notre façon de voir, nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur aux travaux de Besredka sur l'animal, à propos de la dysenterie et de la fièvre typhoïde.

Nous rappellerons les passages principaux :

« Lorsqu'on injecte à l'animal des bacilles dysentériques vivants, fut-ce même sous la peau, c'est l'intestin qui réagit le plus; c'est au niveau de l'intestin que l'on constate le maximum de lésions; c'est là que se donnent rendez-vous la plupart des microbes. Les ensemencements et l'examen direct le prouvent de façon à ne plus en douter. »

« Lorsqu'on injecte à l'animal des bacilles dysentériques morts c'est-à-dire, lorsqu'on essaie de vacciner l'animal, c'est encore l'intestin qui supporte l'effet de l'attraction que cet organe exerce vis-à-vis de ces bacilles (1). »

A propos de l'infection typho-paratyphique, Besredka écrit :

« L'homme ne peut contracter la maladie que par voie buccale. Les animaux de laboratoire offrent au contraire, cette particularité que la voie buccale est la seule par laquelle ils ne sont pas vulnérables du tout... »

« Lorsqu'on injecte du virus typho-paratyphique dans les veines du lapin, on assiste soit à une infection généralisée sans caractère spécial, amenant la mort en moins de vingt-quatre heures, soit à

(1) Besredka. — Immunisation locale, p. 144.

une infection subaiguë qui traîne pendant trois, quatre jours, quelquefois plus longtemps. Dans ce dernier cas, l'hémoculture est positive; mais, fait particulièrement intéressant, les bacilles, obéissant évidemment à leurs affinités, se retrouvent là où l'on s'attendait le moins à en rencontrer.

« Si, à l'autopsie, on ne se contente pas d'ensemencer seulement le sang, comme on le fait d'habitude dans les laboratoires, mais si l'on se donne la peine d'examiner l'animal d'une manière complète, sans omettre aucun organe, on est surpris de la façon dont les bacilles sont répartis dans l'économie. Les ensemencements montrent, en effet, qu'à côté de rares colonies fournies par le sang, des bacilles typho-paratyphiques fourmillent dans la vésicule biliaire, dans le duodénum, dans le jéjunum; on en trouve souvent dans presque toute l'étendue de l'intestin grêle.

« Les bacilles typho-paratyphiques sont d'autant plus nombreux dans le contenu intestinal que la mort a été plus lente à venir : pour peu que la maladie se prolonge au delà de deux ou trois jours, on est sûr de trouver, à l'ensemencement de la bile ou du contenu de l'intestin grêle, le bacille paratyphique à l'état de culture pure...

« Cette répartition élective du virus et cette localisation des lésions que l'on constate chez le lapin, inoculé dans les veines, rappellent, de tout point, celles que l'on observe chez le chimpanzé, inoculé par voie buccale (1). »

Il en résulterait *qu'en injectant les vaccins dans les veines on ferait de la vaccination par la porte d'entrée sans le savoir*, le soin de guider le germe vers les tissus sensibles étant dévolu à leurs affinités mutuelles, au lieu d'être confié à l'aiguille du médecin. Et dès lors, les intraveineuses étant toujours possibles et assez faciles, ne conviendrait-il pas de substituer à la méthode de V. R. P. E. des injections intraveineuses pures et simples de vaccins convenablement choisis?

Nous ne croyons pas que cela soit à recommander systématiquement. L'expérience que nous avons faite des injections intraveineuses de vaccin gonococcique et colibacillaire nous donne à

(1) Immunisation locale, p. 158.

croire, sinon à être certains, *que les injections par la porte d'entrée agissent mieux.*

Peut-être cela est-il dû au fait suivant : dans leurs voyage au sein du sang, les microbes vaccinaux doivent être attirés par tous les tissus qui leur sont sensibles, non seulement les tissus *de surface*, de porte d'entrée, mais encore *les tissus d'organes profonds*, par exemple, pour le gonocoque, les articulations. Or il est probable que les tissus de surface, qui s'affrontent sans cesse au milieu extérieur et sont pour cette raison spécialement unis aux centres nerveux, il est probable que ces tissus de surface réagissent mieux aux incitations extérieures. *Métalnikov n'a-t-il pas montré, par de merveilleuses expériences, le rôle joué par le système nerveux dans les défenses organiques et dans l'immunité?*

En tous cas, l'injection de vaccin gonococcique dans un tissu notoirement sensible, mais non de porte d'entrée (périoste juxta-articulaire) faite plusieurs fois par Poincloux, *ne donne pas naissance à la même maladie vaccinale que l'injection dans l'urètre.* Il en résulte une réaction beaucoup plus durable, et compliquée d'une réaction locale intense, quoique bénigne au point de vue évolutif.

Nous terminerons ce modeste travail en jetant sur la V. R. P. E. un coup d'œil général, qui découvre ses applications hors du domaine gynécologique. Avec son auteur, nous en avons vu beaucoup; nous savons notamment quels beaux résultats ont été acquis dans le traitement des arthrites gonococciques par cette vaccinothérapie; nous avons mesuré les espoirs qu'autorisent les résultats démonstratifs, quoiqu'isolés encore, obtenus dans divers domaines (typhoïde, otites, pyorrhée alvéolo-dentaire, abcès du poumon, pyélonéphrites colibacillaires, mammites aiguës).

Tout nous porte à croire que le principe défendu par Poincloux ait une valeur générale, et que cette façon d'utiliser les vaccins soit digne du nom de méthode.

En écrivant cela, nous pensons au terme d'empirisme employé par Traisac et de Sèze vis-à-vis de la V. R. P. E. C'est parce que ces auteurs n'ont encore connu et expérimenté de cette méthode que son emploi contre l'infection gonococcique que, ne voyant pas de quelle extension elle semble capable, ils se sont servis de ce mot.

Le contrôle des faits observés à l'origine; leur reproduction avec variations calculées et méthodiques des conditions expérimentales; l'édification par ces premières notions d'une hypothèse (1); la mise en œuvre d'essais cliniques aussi objectifs que possible et persévérants pour contrôler cette hypothèse; la possibilité d'appliquer avec succès à l'infection colibacillaire les règles énoncées d'abord pour l'infection gonococcique, tout cela ne fait-il pas de la V. R. P. E. une méthode?

Empirique au début? Naturellement, comme toute connaissance tirée de l'observation et de la comparaison des faits; et à ce titre, semblable, philosophiquement parlant, à toutes les notions auxquelles la médecine moderne doit ses progrès. Mais digne du nom de méthode par la suite, puisque féconde en plusieurs domaines, et de portée plus ou moins générale.

Serait-il équitable de refuser le qualificatif d'expérimental à un travail qui a porté sur plusieurs centaines de sujets, pendant six ans, sous prétexte que ces sujets appartiennent à l'espèce humaine, alors qu'on accorde la bonne réputation de ce vocable à quelques essais, dès qu'ils sont accomplis sur des animaux? Nous ne le croyons pas.

Quant au juste désir que ressent l'intelligence d'expliquer les mécanismes intimes de phénomènes singuliers; quant au souhait de résoudre par les données de « l'immunologie expérimentale » les problèmes que posent les faits, ils paraissent, ce désir et ce souhait, encore prématurés.

Il ne faut pas se presser de donner des explications compliquées, ornées de mots techniques de bonne apparence, mais sans support toujours palpable, à des faits, tant qu'ils ne sont pas assez nombreux pour constituer un tout dont la fermeté soit inattaquable. Observons; modifions les conditions expérimentales pour observer à nouveau; notons les faits, avec leurs nuances. « Etonnons-nous à propos. »

Inscrivons les points d'intersection des phénomènes observés ou engendrés : ces points d'intersection, quand ils seront nombreux, inscriront d'eux-mêmes, sans artifice intellectuel, la courbe qui aidera à déchiffrer l'énigme de l'immunité.

(1) Dans les phénomènes déclanchés par l'injection d'un vaccin, un lien existe entre ces phénomènes, l'espèce utilisée à l'état vaccinal, le point par où l'on fait pénétrer le vaccin dans l'organisme.

CONCLUSIONS

Nous ne retiendrons que peu de points pour servir de conclusions à notre thèse.

1° Les infections gynécologiques, non tuberculeuses, en dehors du post-partum et du post-abortionum, nous ont paru être provoquées :

Dans 82 % des cas par le gonocoque;

Dans 34,6 % des cas par le colibacille;

Dans 3,3 % des cas par le staphylocoque.

Ces germes peuvent ou non s'associer les uns avec les autres.

2° L'examen des glaires intra-cervicales sur frottis permet de soupçonner l'infection gonococcique par l'aspect des polynucléaires et de la desquamation, même sans voir le diploque de Neisser.

3° La vaccination régionale par la porte d'entrée (V. R. P. E.) guérit les métrites dans 24 % des cas.

Elle ne fait rien dans 28 % des cas.

Elle les améliore dans 48 % des cas environ.

Après elle, les cautérisations sont toujours pratiquées sans le moindre risque de réaction pelvienne, même s'il y avait périmétrite ou salpingite intense avant la vaccination.

4° La V.R.P.E. bien appliquée permet d'obtenir les résultats suivants dans les annexites :

Annexites ambulatoires : 73 % de guérisons cliniques.

Annexites intenses : 75 % de guérisons cliniques.

L'intervention chirurgicale, parfois en partie conservatrice, a été nécessaire dans 6,3 % de l'ensemble des cas.

5° La V.R.P.E. donne régulièrement des guérisons rapides et parfaites des bartholinites.

6° La V.R.P.E. exerce souvent une action favorable relativement rapide sur les vulvites des petites filles.

7° La V.R.P.E. exerce son influence habituelle, très favorable, sur les arthrites gonococciques associées aux lésions gynécologiques.

8° La rapidité d'action de la V.R.P.E. en gynécologie permet de réduire considérablement la période d'alitement des malades.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris .
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Ouvrages consultés se rapportant directement à la vaccination régionale par la porte d'entrée.

1928

- POINCLOUX. *Nouvelle méthode d'immunisation curative. La vaccination régionale.* (C.R. de la Soc. de Biologie, 23 juin 1928.)
POINCLOUX et WEISSMANN. *La vaccination régionale. Son application au traitement des salpingites.* (C.R. de la Soc. de Biologie, 23 juin 1928.)
POINCLOUX et WEISSMANN. *La vaccination régionale. Son application au traitement des métrites.* (C.R. de la Soc. de Biologie, 30 juin 1928.)
POINCLOUX. *La vaccination régionale. Applications diverses.* (C.R. de la Soc. de Biologie, 7 juillet 1928.)
BASSET et POINCLOUX. *Traitement des métrites par injections intra et sous muqueuses de vaccins. La vaccination régionale.* (Gynécologie et obstétrique, t. XVIII, N° 4, Oct. 1928.)

1929

- POINCLOUX. *Méthode nouvelle d'immunisation curative. La vaccination régionale par la porte d'entrée.* (Bull. de l'Académie de Médecine, 23 avril 1929.)
POINCLOUX. *Conférence faite en juin 1929 à l'Hôpital Necker-Enfants malades. Vaccination régionale par la porte d'entrée. Généralités; présentation de malades; démonstrations pratiques.* (Revue médicale française, mai 1930.)
COPÉLOVICI. *La V.R.P.E. Son application au traitement des arthrites et des orchites gonococciques.* (Thèse, Paris 1929 Lac. édit.)
POINCLOUX. *La V.R.P.E.* (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, 15 juillet 1929.)
LIAN - POINCLOUX - COPÉLOVICI. *V.R.P.E. Traitement des complications articulaires de la Blennorragie.* (Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hôpitaux, 15 juillet 1929.)
POINCLOUX. *Méthode nouvelle de vaccination curative. La vaccination régionale par la porte d'entrée.* (Presse médicale, 17 juillet 1929.)
BASSET et POINCLOUX. *Communications au VI^e Congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de langue française.* (Bruxelles, 3 octobre 1929, in gynécologie et obstétrique, t. XX, N° 5, Nov. 1929.)
BONNET (R.). *Contribution à l'étude du traitement des arthrites gonococciques en évolution. Quelques cas traités par la vaccination régionale par la porte d'entrée.* (Thèse - Paris - 1929.)
DAOULAS. *Vaccination par la porte d'entrée dans la Blennorragie chronique chez l'homme.* (Arch. de Méd. et de Ph. navales, N° 2, 1929.)

1930

- BASSET et POINCloux. *La V.R.P.E. Son application au traitement des complications articulaires de la blennorrhagie.* (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie, 5 mars 1930.)
- BASSET et POINCloux. *La V.R.P.E. Son application au traitement des salpingites.* (Presse méd. 22 mars 1930.)
- RIGAUX. *V.R.P.E.* (Soc. des Praticiens, avril 1930.)
- D. BLANCHIER. *La V.R.P.E.* (Journal de Lucas Championnière, 10 nov. 1930. t. XCVIII. N° 20.)
- POINCloux. *La V.R.P.E. Son emploi en gynécologie.* (Paris Médical. 20 décembre 1930.)
- DESPLAS et ZAGDOUN. (Soc. Nat. de Chirurgie, 3 déc. 1930, p. 1401.)
- NAGGIAR (E.). *La V.R.P.E.* (Bull. de la Soc. Royale de Médecine d'Egypte. Tome VII, 1929-1930.)

1931

- BASSET. *Arthrite gonococcique du genou droit. V.R.P.E. Guérison.* (Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie. 7 janvier 1931.)
- CRAINICIANU et PAVELESCU (Bucarest). *Contribution à l'étude du traitement des métrite-annexites par la vaccination régionale. (Méthode Basset-Poincloux.)* Revue fr. de gynécologie et d'obstétrique. Janv. 1931.)
- MAYER (I.). *Contribution à l'étude du traitement des arthrites gonococciques par la V.R.P.E.* (Thèse. Paris. Mai 1931. Vigné, éditeur.)
- MONDOR. *Quelques traitements récents des arthrites gonococciques aiguës* (Paris Méd. Juillet 1931. N° 28.)
- TRAISSAC. *Contribution à l'étude de la V.R.P.E. en gynécologie. (Méthode de Poincloux.)* (Thèse Bordeaux. Juillet 1931, Victor Cambette, Edit.)
- POINCloux et ARLOING. *La V.R.P.E. Son emploi contre l'infection colibacillaire.* (Arch. des maladies de l'app. digestif. Oct. 1931.)
- ARLOING. *La V.R.P.E. dans l'infection colibacillaire.* (Thèse Paris. Nov. 1931. Mouysset, Edit.)
- DE SÈZE (S.). *La vaccination par la porte d'entrée.* (Progrès Médical, 17 nov. 1931.)
- RICOU. *Traitement des arthrites gonococciques par la vaccination régionale de Basset-Poincloux.* (R.M.P. Mars 1932, p. 2519 et Soc. Médico-Chir. de l'Indochine, section de Saïgon, 16 janvier 1931.)
- SCHWARTZ (A.). *Arthrite gonococcique traitée par la méthode de Poincloux. Guérison.* (Sté Nle de Chirurgie, 18 nov. 1931.)

II. — Ouvrages consultés ne se rapportant pas directement

à la vaccination régionale par la porte d'entrée.

- BASSET. *Vaccination locale dans un cas de mammite par des injections antistaphylococciques dans le mamelon.* (C.R. Soc. Nat. de Chirurgie, 14 déc. 1927.)
- BASSET et POINCloux. *Sur une nouvelle méthode de traitement des infections utérines et annexielles.* (Bull. et Mém. Soc. Nat. Chirur. 11 mai 1927.)
- BESREDKA. *Immunisation locale.* (1 vol. Paris. Masson 1925.)
- BESREDKA. *Antivirusthérapie.* (1 vol. Paris. Masson 1930.)
- BROcq et DUCHON. *Essais de traitement par les lysats-vaccins.* (Revue fr. de gynécologie et d'obstétrique. Sept. 1931.)

- CHALET. *La blennorrhagie et son traitement chez l'homme et chez la femme.* (La Médecine. Juin 1931.)
- CLAISSE. *Vaccinothérapie dans la fièvre typhoïde.* (Presse médicale, 27 février 1932.)
- COHEN (Ch.). *Traitement vaccinothérapique des rechutes et complications de la fièvre typhoïde.* (Bruxelles Médical. 12 juillet 1931.)
- COLANERI. *Le syndrome Entéro-Uro-Génital et le Colibacille.* (Soc. fr. de gynécologie. 15 juillet 1931.)
- DANIEL. *Immuno-Chirurgie.* (1 Vol. Maloine, Edit.)
- DÉJEAN. *Traitement du Bubon chancrelleux par la vaccinothérapie spécifique.* (Thèse Bordeaux 1931.)
- DELALANDE (J.). *Les traitements modernes de la fièvre typhoïde.* (Science Médicale Pratique. Déc. 1930.)
- DESUBOIS. *Les modifications du sang au cours des états de choc. Le problème du choc hémoclasique.* (Thèse. Paris. 1931.)
- Mlle ERMOLAEFF et S. METALNIKOV. *Sur l'immunisation des fragments du corps séparés par une ligature.* (C.R. Soc. Biol., t. CVII, p. 517, 1931.)
- FOLKE-HOLTZ. *Etude clinique des Salpingo-Ovarites non tuberculeuses.* (Acta obst. et gyn. Scand. 1930 - Vol. X. Fasc. 1.)
- GILBERT et TZANCK. *Encéphalite léthargique. Traitement par le virus-vaccin encéphalique par voie intra-rachidienne.* (Méthode de Levaditi-Poincloux.) (Soc. Méd. des Hôpitaux, 17 avril 1924, p. 541. III^e série XLVIII.)
- GOLDENBERG et PANISSET. *La peau comme organe autonome. Les réactions à l'égard des infections et de l'immunité.* (Progrès médical 1928, p. 7.)
- GOUCEROT (H.). *Vulvites gonococciques infantiles.* (Journal des Praticiens. 31 oct. 1931.)
- GRENET (H.). *La Vulvo-vaginite des petites filles et ses complications.* (La gynécologie. Nov et déc. 1931.)
- HÉBERT (J.). *Etude des Arthrites au cours de la Puerpéralité.* (Thèse. Paris 1928.)
- JACQUEMAIRE (M.). *Traitement des abcès de la région anale par le bactériophage.* (Journal de Médecine de Paris. 22 oct. 1931.)
- LARNAGE (Mlle de). *Antivirusthérapie en gynécologie.* (Thèse Paris 1931.)
- LE LORIER. *Le traitement des abcès du sein sans incision par la ponction et les pansements suivant la méthode de Besrdeka.* (Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 12 déc. 1927.)
- LEMIERRE (A.). *A propos de la Vaccination anti-typhoïdique.* (Presse médicale. 2 mars 1932.)
- LEVADITI. *Les Ectodermoses Neurotropes.* (1 vol. 1925 Masson et Cie. Edit.)
- LOESER (A.). (Berlin). *Le traitement de la gonococcie chronique de la femme par les injections sous cutanées de cultures vivantes de gonocoques. d'après l'expérience de 1.500 injections environ.* (Bull. de Soc. d'obst. et de gyn. 1920, p. 603.)
- MARIE et POINCLoux. *Essai de vaccinothérapie intrarachidienne des séquelles de l'encéphalite épidémique avec du virus fixe encéphalitique.* (Bull. Acad. de Méd. 11 mars 1924, t. XCI, n° 11.)
- MARSAN. *La vaccinothérapie et la sérothérapie anti-gonococcique.* (L'Hôpital. Janv. 1932.)
- MARSAN. *Le traitement de l'Arthrite Blennorrhagique.* (Bull. Méd. 27 fév. 1932.)
- MÉTALNIKOV. *Contribution à l'étude de l'immunité chez les invertébrés.* (Ann. Inst. Pasteur, t. XL, p. 787, 1926.)
- MÉTALNIKOV. *Rôle du système nerveux et des réflexes conditionnels dans l'immunité.* (Ann. Inst. Pasteur, t. XLVI, p. 137, 1931.)
- MÉTALNIKOV. *Facteurs biologiques et psychiques de l'Immunité.* (Presse Médicale n° 38, 11 mai 1932.)

- METZER (A.) et FISSON (E.). *Le traitement des annexites par l'intra-dermo-vaccinothérapie.* (Procédé L. Goldenberg.) (Gynéco et obstétrique, t. XXII, n° 5, nov. 1930.)
- MONDOR. *Les arthrites gonococciques.* (1 vol. Masson, 1928.)
- NICOLAU et POINCLOUX. *Recherches du virus encéphalitique après son introduction dans la cavité rachidienne chez l'homme.* (Bruxelles, Méd. 13 juillet 1924.)
- NICOLAU et POINCLOUX. *Présence du virus encéphalitique dans le liquide céphalo rachidien.* (Bruxelles Méd, n° 62, juillet 1931.)
- POINCLOUX. *Traitement de 50 malades par la méthode des injections intrarachidiennes de virus encéphalitique.* (Bruxelles Méd. n° 62, 13 juillet 1924.)
- POINCLOUX. *L'Herpès.* (Thèse 1923. Arnette Edit. Paris.)
- POULIOT. *Traitement ambulatoire des métrites chroniques du col par le Filhos inoffensif.* (Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris. Séance 1^{er} juin 1931.)
- RAIGA (A.). *Le bactériophage et ses applications thérapeutiques.* (S.M.P. 1^{er} oct. 1931, n° 15.)
- DE SÈZE (S.). *Les traitements biologiques modernes de la fièvre typhoïde.* La Clinique. Juillet 1931. B.)
- WRIGHT. *Principes et emploi de la Vaccinothérapie.* (Comm. à la Soc. Royale de Londres. 1903.)

